



Handelshögskolan  
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Juridiska institutionen

Handelshögskolan vid  
Göteborgs Universitet  
Juridiska institutionen

# *Läkarintygets betydelse för rätten till sjukpenning*

Tillämpade studier, 20 poäng, VT 2006  
Programmet för juris kandidatexamen  
Marie-Louise Eriksson  
Annika Källberg Haknert  
Handledare: Professor Lotta Vahlne Westerhäll

# Innehållsförteckning

<b>Förkortningar</b>	<b>1</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>2</b>
1.1 Bakgrund	2
1.2 Syftet	2
1.3 Frågeställningar	3
1.4 Avgränsningar	3
1.5 Metod	3
1.6 Disposition	4
<b>2. Historia</b>	<b>5</b>
2.1 Socialförsäkringens historia	5
2.1.1 Tvångsprincipen	6
2.1.2 Från frivillig till obligatorisk försäkring	6
2.1.3 En skattefinansierad försäkring	8
2.1.4 1963 års reform	8
2.1.5 Arbetsgivaransvar	9
2.1.6 Kompletterande sjukförsäkringar	9
<b>3. Sjukpenningförsäkringen i dag</b>	<b>10</b>
3.1 Principer	10
3.2 Ansvarsfrågor	14
3.2.1 Arbetsgivaransvar	14
3.2.2 Försäkringskassans ansvar	14
<b>4. Den styr- och fördelningspolitiska bakgrunden</b>	<b>16</b>
4.1 Statligt styrd försäkring	16
4.2 Lagförändringar under 1990-talet	17
4.3 Den fördelningspolitiska bakgrunden	18
4.4 Avsikten med ”renodlingskriterierna”	18
4.5 Sjukdomsbegreppen	19
4.5.1 Innebörden av sjukdomsbegreppen	19
4.5.2 1944 års sjukdomsbegrepp	20
4.5.3 Olika sjukdomsbegrepp	21
4.5.4 Tillägget i 3:7 AFL	24

4.6 Arbetsförmåga	24
4.7 Renodlingsmodellen	27
4.7.1 Renodlingens konsekvenser	27
4.7.2 Problematiken med renodlingsmodellen	29
4.8 Försäkringskassans bedömningsgrunder	33
4.9 Läkares syn på sjukskrivningsbehovet	34
4.10 Aspekter på sjukskrivning	35
<b>5. Läkarintyg</b>	<b>37</b>
5.1 Allmänt om läkarintyg och sjukskrivning	37
5.2 Reglering av läkarintyget	38
5.3 Läkarintygets bevisvärde	40
5.4 Läkarens roll	41
5.5 Problem med underlaget till sjukskrivningsbegreppet i läkarintyget	43
5.6 Sjukskrivningar och samhällsekonomin	44
5.7 Läkar- och patientrelationen	46
5.8 Second opinion	47
5.8.1 Synpunkter på second opinion	48
5.8.2 Ohälsodeklaration alternativ till läkarintyg?	50
5.8.3 Läkarintyget i samband med rehabiliteringsåtgärder	51
<b>6. Försäkringsmedicin och försäkringsläkare</b>	<b>52</b>
6.1 Försäkringsläkare	53
6.1.1 Reglering gällande försäkringsläkare	54
6.1.2 Tillsyn av försäkringsläkare	55
<b>7. Rättsprinciper och organisation</b>	<b>58</b>
7.1 Försäkringskassans verksamhet	58
7.2 Försäkringskassans ärendehandläggning	58
<b>8. Sammanfattning och analys</b>	<b>62</b>
8.1 Resumé	62
8.2 Egna kommentarer	65
<b>Källförteckning</b>	<b>67</b>
<b>Bilaga; Medicinskt underlag – för bedömning av rätt till sjukpenning och eventuellt behov av rehabilitering</b>	<b>72</b>

## Förkortningar

<b>AFL</b>	<b>Lag (1962:381) om allmän försäkring</b>
<b>Ds</b>	<b>Departements promemoria</b>
<b>FK</b>	<b>Försäkringskassan</b>
<b>FL</b>	<b>Förvaltningslag (1986:223)</b>
<b>FvPL</b>	<b>Förvaltnings processlag (1971:291)</b>
<b>HSAN</b>	<b>Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd</b>
<b>HSL</b>	<b>Lag (1982:763) om hälso- och sjukvård</b>
<b>JO</b>	<b>Justitieombudsmannen</b>
<b>LYHS</b>	<b>Lag(1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område</b>
<b>Proposition</b>	<b>Förarbete till lag</b>
<b>RF</b>	<b>Regeringsformen</b>
<b>RFFS</b>	<b>Riksförsäkringsverkets kungörelse</b>
<b>RFV</b>	<b>Riksförsäkringsverket</b>
<b>SASSAM</b>	<b>Strukturerad arbetsmetodik för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering</b>
<b>SFS</b>	<b>Statens Författningssamling</b>
<b>SGI</b>	<b>Sjukpenning grundande inkomst</b>
<b>Sjuklönelagen</b>	<b>Lag (1991:1047) om sjuklön</b>
<b>SOSFS</b>	<b>Socialstyrelsens Författningssamling</b>
<b>SOU</b>	<b>Statens Offentliga Utredning</b>
<b>Sp</b>	<b>Sjukpenning</b>

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Det finns ett stort ohälsotal i Sverige, vilket är ett väsentligt problem, inte bara för de drabbade utan även för hela samhället. Kostnaderna för ohälsotalen blir digra och med anledning av detta har regeringen genom proposition 2002/03:89, "Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa inom arbetslivet", tagit beslut som innebär att ohälsotalen ska halveras fram till år 2008. Halveringen av ohälsotalen ska bland annat ske genom att den enskilde inte skall uppbära en felaktig form av ersättning vid sjukdom vilket skall avgöras med hjälp av en "sju-steps-modell"<sup>1</sup>. Genom nämnda modell bedöms om individen ska erhålla sjukpenning, arbetslöshetskasseersättning eller aktivitets- och sjukersättning<sup>2</sup>. Ett annat av regeringens instrument är att införa ytterligare ett läkarintyg, en s k second opinion. Detta läkarintyg har väckt debatt bl a inom läkarkåren. De kritiska rösterna menar att det endast är en tidskrävande åtgärd som tar resurser från andra viktigare vårdinsatser och inte leder någonstans. Läkarintyget kan även komma att användas som ett politiskt styrmedel, som ett instrument att förbättra statistiken utan att antalet verkligt sjuka egentligen minskar.

## 1.2 Syftet

Syftet med vår uppsats är att belysa läkarintygets betydelse som beslutsunderlag och rekommendation vid Försäkringskassans bedömning om den enskildes rätt till sjukpenning. Detta intyg har kommit att ifrågasättas alltmer, vilket innebär att Försäkringskassans egna läkare, försäkringsläkarna, får ett allt större antal ärenden att ta ställning till – dock utan att träffa den patient som finns bakom ärendet. Sjukdomsbegreppet och arbetsoförmågebegreppet som är centrala vid rätten till sjukpenning bedöms i läkarintyget. För att ha rätt till ersättning krävs att sjukdomen sätter ned arbetsförmågan till minst en fjärdedel. Läkarna har att bedöma denna nedsättning av arbetsoförmågan i läkarintyget. Under den senaste tiden har röster höjts för att läkarna inte har den rätta kunskapen för att bedöma den enskildes arbetsoförmåga, utan endast sjukdomen. Skall denna "okunskap" få påverka rätten till sjukpenning? Begreppens innebörd har även ändrats vilket kan leda till att likhetsprincipen frångås och förändras över tiden.

---

<sup>1</sup> SOU 1995:149, *Försäkringsskydd vid sjukdom. Ett delbetänkande av Sjuk- och arbetsskadekommittén*, s 244ff

<sup>2</sup> Tidigare förtidspension och sjukbidrag

### **1.3 Frågeställningar**

De frågeställningar som vi valt att ställa och besvara är; hur är sjukförsäkringssystemet inom det offentliga systemet uppbyggt? Vad innebär och innefattas i sjukdomsbegreppet och arbetsoförmågebegreppet? Vad finns det för problem med dessa begrepp och hur är de relevanta i ett läkarintyg? Har det någon betydelse om begreppen inte är konstanta? Vad har läkarintyget för användningsområde vid beslut om beviljande av sjukpenning och hur stort bevisvärde har ett läkarintyg vid Försäkringskassans bedömning om rätt till sjukpenning? Vad är det som ifrågasätts gällande läkarintyget? Vilken yttre (politisk) påverkan inverkar på rätten till sjukersättning? Är läkarintyget endast en täckmantel för att avvisa sjuka så att ohälsotalet kan minskas?

### **1.4 Avgränsningar**

Det stora ohälsotalet i Sverige är ett högaktuellt och intressant område samt inte minst ett oerhört stort område. Det har under arbetets gång kommit upp ett stort antal områden som hade varit intressant att studera, t ex vad det ökade ohälsotalet beror på, om det finns några särskilda grupper som är överrepresenterade, om det är en könsfråga, skillnader och likheter med andra länder och mycket mer. På grund av både plats- och tidsbrist har vi varit tvungna att begränsa oss. Vi har då valt att lägga vårt fokus på läkarintyget och då framförallt på dess betydelse för ohälsotalet. Läkarintyg och läkarutlåtanden förekommer vid flera specifika situationer men då det är ohälsotalen och halvering av dessa som är högaktuellt har vi avgränsat oss till att behandla de läkarintyg som efterfrågas av Försäkringskassan vid beslut om den enskildes rätt till sjukersättning.

### **1.5 Metod**

För att belysa och få svar på de frågeställningar som aktualiseras har vi använt oss av lagtext, propositioner, betänkanden, förordningar (SOSFS), litteratur samt artiklar som skrivits i ämnet.

## 1.6 Disposition

Vår uppsats har vi valt att disponera på följande sätt. Vi har delat den i sju avsnitt.

Första delen börjar med en historisk redogörelse och behandlar bakgrunden till vår nuvarande sjukförsäkring och dess gällande lagstiftning. Vi skall studera uppbyggnaden av och syftet med sjukförsäkringssystemet och utvecklingen av densamma i Sverige genom åren. Här kommer vi även att redogöra för vilka olika typer av sjukförsäkringar som finns, hur den allmänna sjukförsäkringen är uppbyggd och vad det finns för komplement till denna.

Härefter kommer vi i avsnitt två att redogöra för sjukförsäkringen idag. Vi kommer också att redogöra för grundläggande principer, såsom inkomstbortfallsprincipen, obligatorieprincipen, solidaritetsprincipen och rättvisepincipen, som är viktiga grundstenar i själva sjukförsäkringen.

I avsnitt tre går vi över till att undersöka och diskutera de styrpolitiska och fördelningspolitiska bakgrunderna till läkarintyget. Vi skall även fördjupa oss och utveckla innebörden av sjukdoms- respektive arbetsoförmågebegreppen eftersom de är väsentliga byggstenar i sjukförsäkringen och ett eventuellt beviljande av sjukpenning bygger på om dessa båda begrepp är uppfyllda.

Därefter kommer vi till det fjärde avsnittet där vi skall fördjupa oss i läkarintyget. Vi redogör först för läkarintygets betydelse för att erhålla sjukpenning, därefter skall vi undersöka vad för problem och frågeställningar som läkarintyget för med sig för läkare, patienter och Försäkringskassan samt även läkarintygets bevisvärde.

I det femte avsnittet kommer vi att behandla försäkringsmedicin. Här skall vi granska försäkringsläkarna och dess reglering och tillsyn över dem. Här kommer vi bl a att ta upp problematiken kring att de betraktas som tjänstemän och inte läkare och därmed inte står under samma ansvarsnämnd som övriga läkare.

Som avsnitt sex kommer vi att ta upp rättsprinciper och organisation. Vi skall titta närmare på Försäkringskassan, dess organisation och hur de handlägger ärenden. Här kommer vi även att relatera viktiga principer som genomsyrar förvaltningslagarna och dess områden liksom vårt

samhälle i övrigt och våra grundlagar, såsom förutsebarhet, legalitetsprincipen, likhetsprincipen, objektivitetsprincipen och helhetssynen till ämnet. Överklagbarhet och rättshjälp kommer vi även att analysera här.

Slutligen kommer vi att göra en sammanfattning och analys och avslutar uppsatsen med egna kommentarer och förslag till åtgärder.

## **2. Historia**

### **2.1 Socialförsäkringens historia**

Bildandet av sjukförsäkring och socialpolitik i allmänhet beror till stor del på industrialiseringen eftersom samhällets ekonomi och struktur förändrades därigenom. Lönearbetet medförde att det blev nödvändigt med mera generella sociala skyddsnät vid olika typer av händelser som t ex sjukdom.<sup>3</sup> Enligt fattigvårdsförordningarna hade arbetsgivarna skyldigheter att ta hand om sina anställda och deras anhöriga under vissa omständigheter, vilket bl a var när de drabbades av sjukdom. Detta gjordes antingen genom ekonomiska bidrag till fattigvården eller att arbetsgivaren gav den drabbade ekonomiskt stöd i form av pengar eller varor. Arbetsgivaren kunde också ha egna sjukkassor som var bundna till deras företag, även arbetarna fick betala en viss avgift till dessa kassor. Detta medförde att arbetarna själva bidrog till finansieringen.<sup>4</sup>

Nya former för socialt skydd behövdes då den fram till dess använda formen av fattigvård som funnits under bondesamhället inte längre kunde fungera i det industrialiserade samhället. Den socialpolitik som funnits under ståndssamhällets tid hade bl a haft som uppgift att upprätthålla varje stånds ställning i samhället och inte gått ut på att göra några omfördelningar mellan samhällsskikten till en större likhet mellan grupperna. När denna gamla typ av socialpolitik försvann kunde nya frivilliga, alternativa socialpolitiska verksamheter istället växa fram.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Lindquist Rafael, *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati*, s 27

<sup>4</sup> A a s 47

<sup>5</sup> A a s 42



### 2.1.1 Tvångsprincipen

Socialförsäkringen kan sägas ha vuxit fram under drygt hundra år. De första ersättningarna från de olika försäkringar som då fanns, infördes som ett skydd för fattigdom. Dessa var från början obetydliga och bekostades genom avgifter som den enskilde stod för. Här eftersträvades ett samband mellan avgiften och förmånen. Trots detta framhölls att lagen byggde på ”tvångsprincipen”, vilket innebar att den enskilde inte endast hade ett rättsligt krav att uppbära ersättning utan även var skyldig att ingå i försäkringen.<sup>6</sup>

När de enskilda började förvärvsarbete mer och mer och därigenom skaffa sig sin inkomst, behövde de ha en säkerhet för de tillfällen de inte kunde arbeta, t ex vid sjukdom. Denna säkerhet var olika typer av försäkringar, som blev nödvändiga för arbetstagarna.<sup>7</sup> Ur välfärdssynpunkt var det viktigt att det fanns en fungerande arbetskraft. Det var också angeläget att arbetarna skulle kunna försörja sig själva eftersom de då inte skulle tynga staten. Ifrån allra första början kom därför sjukförsäkringen till för att skydda arbetskraften.<sup>8</sup>

### 2.1.2 Från frivillig till obligatorisk försäkring

Det var endast hälften av befolkningen som omfattades av den frivilliga formen av sjukförsäkring. Detta berodde på att sådana som inte klarade inträdeskravet på ”god hälsa” inte fick inträde. Inte heller de som ansågs vara för gamla, d v s över 40 år, eller de som inte ansåg sig ha råd att betala försäkringen omfattades. Detta utgjorde ett problem, eftersom det troligen var dessa grupper som egentligen mest behövde försäkringen.<sup>9</sup>

Staten subventionerade under ett tjugotal år de frivilliga sjukkassorna men en idé om allmän, obligatorisk socialförsäkring grundades under 1910-talet. 1919 lades ett förslag om allmän sjukförsäkring fram, vilket grundades på förslag från socialförsäkringskommittén som tillsatts 1915.<sup>10</sup> Förslaget innebar bl a att sjukpenning skulle finansieras via skatter, egenavgifter och

---

<sup>6</sup> Rapport från forskar seminariet i Umeå januari 2004, *Socialförsäkringen – ett system i inre upplösning?*, s 7

<sup>7</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 529

<sup>8</sup> A a s 548

<sup>9</sup> A a s 82

<sup>10</sup> Edebalk Per-Gunnar, *Välfärdsstaten träder fram*, s 9 ff

arbetsgivaravgifter och den ersättningsberättigade skulle erhålla 60% av lönen enligt inkomstbortfallsprincipen,<sup>11</sup> men på grund av deflationen blev detta förslag framskjutet<sup>12</sup>.

1944 lämnade Socialvårdskommittén ett förslag på allmän och obligatorisk sjukförsäkring<sup>13</sup>. Denna byggde till stora delar på 1919 års idéer<sup>14</sup>. Förslaget omfattade en blandning mellan folkrörelseinslagen som de tidigare sjukförsäkringarna byggts på samt en ökad statlig styrning. Egenavgifter skulle finansiera den nya sjukförsäkringen och denna skulle gälla inte bara för ersättning vid sjukdom utan också för mediciner, utgifter för läkarvård samt sjukhusvård.<sup>15</sup>

Efter andra världskriget ”byggdes socialförsäkringen ut och förmånerna kom allt mer att få en funktion av standardskydd samtidigt som fördelningspolitiska inslag var framträdande. Tillkomsten och utformandet av förmånerna motiverades framförallt utifrån rättvisaspekter. Likaväl underströks försäkringsskyldigheten”.<sup>16</sup> Vid sjukförsäkringens införande i mitten av 1950-talet framhölls att ”varje inom riket bosatt svensk medborgare har skyldighet att vara sjukförsäkrad”.<sup>17</sup>

Under tiden för socialvårdskommitténs förslag var frågor om socialförsäkring verkligen skulle ha företräde framför ett socialt understöd samt frågor om varför en obligatorisk försäkring var att föredra framför en frivillig aktuella. Kostnaderna för socialvården beräknades bli lägre om en obligatorisk försäkring infördes. En socialförsäkring skulle även medföra ett ansvar från den försäkrade genom dennes rätt till ersättning via sitt bidrag. Mot en obligatorisk försäkring talade bland annat att de så kallade ”högriskgrupperna” även skulle komma att omfattas av försäkringen. Rättvisaspekter framfördes som argument för införandet av en obligatorisk sjukförsäkring och det ansågs orättvist att de som tagit en frivillig försäkring skulle finansiera de andras försäkring, som inte tagit en egen försäkring genom skatten.<sup>18</sup>

---

<sup>11</sup> Lindquist Rafael, a a s 58

<sup>12</sup> Edebalk Per-Gunnar, a a s 10 ff

<sup>13</sup> SOU 1944:15, *Socialvårdskommitténs betänkande VII utredning och förslag angående lag om allmän försäkring*

<sup>14</sup> Edebalk Per-Gunnar, a a s 68

<sup>15</sup> Edebalk Per-Gunnar, a a s 158

<sup>16</sup> Rapport från forskar seminariet i Umeå, a a s 8

<sup>17</sup> Proposition 1953:178, *Förslag till lag angående ändring i lagen (1947:1) om allmän försäkring*, s 163 ff

<sup>18</sup> Westerhäll – Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsoförmåga Om rätten till sjukpenning*, s 19 f

Den enskilde fick en rättighet till försäkringen genom skyldigheten att betala avgiften. Dessutom tillkom rätten till överprövning av besluten.<sup>19</sup> Universalprincipen var rådande inom socialförsäkringen. Alla var tvungna att betala och omfattas av försäkringen, utträde var omöjligt. Försäkringen var allmän genom skattefinansieringen samt skulle uppfattas som en hjälp till självhjälp.<sup>20</sup> Den obligatoriska försäkringen hade som mål att få till stånd en inkomstutjämning och för detta fanns både styrpolitiska- och fördelningspolitiska argument.<sup>21</sup> Ett fördelningspolitiskt argument var att genom att beskatta sjukersättningen skulle det bli en rättvisa häremellan och arbetet som beskattas.<sup>22</sup>

### **2.1.3 En skattefinansierad försäkring**

1952 kom ett nytt förslag, det kom från socialförsäkringsutredningen. Förslaget innehöll bl a ett förslag om att ersättningsbeloppen skulle höjas, detta gjorde att det behövdes nya former av finansiering av sjukförsäkringen. Ett förslag på finansiering var genom ”arbetsgivarbidrag”, en tidig form av arbetsgivaravgift, som skulle erläggas med 1% på lönesumman. Detta var en helt ny form av finansiering som lanserades. Sjukförsäkringen skulle enligt förslaget vara inkomstrelaterad. Försäkringen skulle nu bli skattefinansierad och inte som tidigare via premier. Förslaget innebar en större likformighet som byggde på lönearbetets grunder. Ersättningen grundades förutom på inkomsten även på om den ersättningsberättigade var anställd eller inte. Det civilrättsliga arbetstagarbegreppet infördes därmed även inom sjukförsäkringen. 1953 lades en proposition fram som till största delen byggde på socialförsäkringsutredningens förslag, denna antogs av riksdagen och trädde i kraft den 1 januari 1955.<sup>23</sup>

### **2.1.4 1963 års reform**

1963 genomfördes en reform inom socialförsäkringen. Denna innebar bl a att sjukpenning och invalidpensionsförsäkringen lades samman och fick benämningen förtidspension. Systemet

---

<sup>19</sup> Vahlne Westerhäll, *Den starka statens fall*, s 531

<sup>20</sup> A a s 530 ff

<sup>21</sup> A a s 534 f

<sup>22</sup> A a s 541

<sup>23</sup> Lindquist Rafael, a a s 92

ändrades så att de som blev förtidspensionerade erhöll denna form av ersättning fram tills de blev ålderspensionärer och istället då blev berättigade ålderspension. För att erhålla förtidspension var den försäkrade först skyldig att delta i rehabiliteringsåtgärder med syfte att kunna ta sig tillbaka in på arbetslivet. Tre karensdagar infördes och läkarintyg krävdes efter sju dagars sjukdom. Tidigare hade de försäkrade ofta blivit utförsäkrade från sjukpenningen, som då hade en längsta s k ”sjukhjälpstid” på två år utan att få rätt till invalidpension eftersom kraven var betydligt hårdare för att erhålla invalidpension än sjukpenning.<sup>24</sup>

### **2.1.5 Arbetsgivaransvar**

Efter andra världskriget ansågs arbetsgivarnas ha ett ansvar för att deras arbetstagare hade ett godtagbart försäkringsskydd. Detta kom bl a fram genom att sjukförsäkringen finansierades via arbetsgivaravgifter, vilket förklarades genom fördelningspolitiska skäl. Arbetsgivarna fick härigenom ett ökat ansvar för sina arbetstagare.<sup>25</sup>

Under 1990-talet infördes dessutom Sjuklönelagen<sup>26</sup> vilken medförde att ersättning vid sjukdom de första två veckorna betalades av arbetsgivaren. Denna form av kompensation med anledning av sjukdom framställdes som en anställds lagliga rätt och är även indispositiv till förmån för arbetstagaren, vilket medför att avtalade villkor som är mer ofördelaktiga för den anställde än vad som regleras i Sjuklönelagen, blir icke giltiga.<sup>27</sup>

### **2.1.6. Kompletterande sjukförsäkringar**

Eftersom den enskilde endast har rätt till max 80% av sin inkomst i sjukpenning finns det även privata sjukförsäkringar att teckna. Dessa kompletterande försäkringar är ingen ny företeelse utan har alltid funnits parallellt med den obligatoriska försäkringen. Dessa kan se ut på olika sätt beroende var dessa tecknas. Ersättning kan erhållas upp till den enskildes vanliga inkomst, men det kräver att den enskilde betalar en premie.

---

<sup>24</sup> Lindquist Rafael, a a s 150

<sup>25</sup> Rapport från forskar seminariet i Umeå januari 2004, a a s 9

<sup>26</sup> Lag (1991:1047) om sjuklön

<sup>27</sup> Rapport från forskar seminariet i Umeå januari 2004, a a s 9

Det kan därför finnas en viss orättvisa inbyggt i systemet. Det är endast de som har råd att själva teckna en kompletterande försäkring som kan erhålla full ersättning, eller de som redan är inne på arbetsmarknaden. De som inte har en anställning och/eller inte har råd att betala en privat kompletterande försäkring hamnar därför utanför detta ”extra” försäkringsskydd.

### 3 Sjukpenningförsäkringen i dag

Den ersättning som en enskild har rätt till, den s k sjukpenningen, utgår från den allmänna sjukförsäkringen. Ersättningen utgör en rättighet för den enskilde i och med att den är förordnad i lag, AFL<sup>28</sup>. Sjukpenning behandlas i 3 kap AFL.

#### 3.1 Principer

Sjukförsäkringssystemen är uppbyggda av två olika principer. Den ena är den s k *Bismarckmodellen*, d v s *inkomstbortfallsprincipen*.<sup>29</sup> Den andra är den s k *Beveridgemodellen*, denna modell kallas även *minimistandardprincipen* eftersom ersättning endast utgår till en viss minimistandard. Den enskilde är garanterad en viss fastställd summa oberoende av dennes inkomst och hur stor inkomstförlust denne gör. Denna princip används bl a i Storbritannien, där den kom till.<sup>30</sup> Sverige och även de övriga nordiska länderna har en kombination av de båda modellerna. Detta innebär att alla omfattas av försäkringen och erhåller ersättning, d v s inte enbart de som har ett förvärvsarbete.<sup>31</sup> Detta tillsammans med obligatorieprincipen återspeglar rättvisepincipen som är den mest grundläggande principen som försäkringen bygger på<sup>32</sup>.

*Inkomstbortfallsprincipen* innebär således att den enskilde har rätt till ersättning i förhållande till dennes inkomst<sup>33</sup>. Sjukförsäkringssystemet i Sverige är uppbyggt enligt denna modell, medan olika typer av ersättningar och bidrag ersätts enligt Beveridgemodellen, såsom barnbidrag och garantinivå på föräldraförsäkring.<sup>34</sup> Inkomstbortfallsprincipen utgår närmast

---

<sup>28</sup> Lag (1962:381) om allmän försäkring

<sup>29</sup> Westerhäll Lotta, *Rättsliga aspekter på arbetsförmåga på grund av sjukdom*, s 356

<sup>30</sup> Broberg Rolf, *Så formades tryggheten socialförsäkringens historia 1946-1972*, s 38f

<sup>31</sup> Westerhäll Lotta, a a s 356

<sup>32</sup> Westerhäll – Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsförmåga*, s 20

<sup>33</sup> 3:4 b§ Lag (1962:381) om allmän försäkring

<sup>34</sup> Westerhäll Lotta, *Den svenska socialrätten*, s 30

från effektivitetsaspekten att den enskilde skall ha rätt till ersättning vid arbetsoförmåga p g a sjukdom men principen har även en effektivitetsvinst för samhällsekonomin som utgångspunkt.<sup>35</sup> Sjukförsäkringen är således inte konstruerad såsom privaträttsliga försäkringar där ersättningen ställs i förhållande till inbetald premie. Principen om inkomstbortfall utformades i början av 1900-talet och byggde på tanken att en behövande skulle erhålla en ersättning där storleken på ersättningen grundades på dennes inkomst istället för att erhålla ett bidrag som krävde en behovsprövning. Regeln om inkomstbortfall användes även som grund vid tillkomsten av AFL på 1960-talet, då denna medförde en tydlig *fördelningsprincip*<sup>36</sup> genom att fördela resurserna så att sjukpenning erhöles i förhållande till lön och inte genom att behovsprövning samt inbetald premie skulle ge rätt ersättning vid sjukdom. Vid tillkomsten av den allmänna försäkringen framhölls att den enskilde har bidragit till nämnda försäkring och därigenom även har rätt till ersättningen därför.<sup>37</sup>

Vidare är den offentligrättsliga sjukförsäkringen utformad kring en *solidaritetsprincip*. Föreliggande princip innebär att alla som är anställda erlägger avgift till sjukförsäkringen i förhållande till sin inkomst och även erhåller ersättning enligt samma system. Kostnaderna för försäkringen sätts också i relation till den enskildes inkomst. Ytterligare en skillnad från privata försäkringar är att denna försäkring är reglerad i lag, och därigenom blir en rättighet.<sup>38</sup>

Sjukförsäkringen skiljer sig även från de privaträttsliga försäkringarna genom att den är obligatorisk, enligt den s k *obligatorieprincipen*. Att försäkringen har blivit obligatorisk beror på att en omfördelning mellan individer skall vara möjlig samt att alla skall omfattas av försäkringen. Ingen skall kunna välja att inte vara delaktig i sjukförsäkringssystemet.<sup>39</sup> Även detta är ett uttryck för *rättvisepincipen*.<sup>40</sup>

*Rättvisepincipen* har varit härskande i sjukförsäkringen, och är det fortfarande framförallt beträffande det formella rättvisebegreppet. Med början i 1980-talet har förändringar ständigt gjorts i försäkringen och det materiella rättvisebegreppet har därigenom försvagats. I enlighet med detta har *effektivitetsprincipen* fått större utrymme vilket till stora delar har berott på en

---

<sup>35</sup> Rapport från forskarseminariet i Umeå januari 2004, a a s 13

<sup>36</sup> A a s 9

<sup>37</sup> SOU 1944:15 s 117

<sup>38</sup> Rapport från forskar seminariet i Umeå januari 2004, a a s 9

<sup>39</sup> Rapport från forskar seminariet i Umeå januari 2004, a a s 11

<sup>40</sup> Westerhäll - Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsoförmåga*, s 20

sämre samhällsekonomi och att sjukförsäkringen blivit betungande att finansiera för den svenska staten. Detta har resulterat i lägre ersättningsnivåer och ett större arbetsgivaransvar. Vad gäller ansvaret som skall bäras av arbetsgivaren, önskar lagstiftaren att detta ansvar skall medföra att större resurser anslås av arbetsgivaren i syfte att återföra en sjukskriven anställd i arbete. Ytterligare argument för *effektivitetsprincipen* är att ”arbete skall löna sig”.

*Helhetssynen*, som skall vara en rådande princip i den offentliga sjukförsäkringen<sup>41</sup>, innebär att det finns en förmåga att bilda sig en uppfattning om samband och interaktion mellan individen och staten samt statens olika strukturer. Här krävs således att bedömare väger samman alla väsentliga omständigheter.<sup>42</sup> Respekt för den försäkrade och den enskildes integritet är således kontentan av sjuk- och arbetsskadekommitténs redogörelse av begreppet. Kommittén lade i sitt delbetänkande, ”Försäkringsskydd vid sjukdom”, ett förslag till portalparagraf i ohälsförsäkringen<sup>43</sup>.

*”Bedömningen av rätten till ersättning och annat ekonomiskt stöd från försäkringen skall präglas av objektivitet och likformighet. Service och aktiva insatser skall dessutom karaktäriseras av helhetssyn, kontinuitet, flexibilitet och närhet.*

*Den försäkrade garanteras likabehandling och rättssäkerhet i prövning av enskilda fall.”*

Avsikten med en sådan paragraf var enligt kommittén att denna skulle ”kunna utgöra en väsentlig utgångspunkt för att skapa klarhet och förståelse för ohälsförsäkringens omfattning, syfte och mål”<sup>44</sup>.

*Renodlingsprincipen* tillfördes socialförsäkringen genom proposition 1996/97:28, där kriterierna som skulle uppfyllas för att den enskilde skulle erhålla ersättning renodlades. Genom renodlingen skulle det bli klargöra gränsdragningen för arbetslöshetsförsäkringen respektive sjukförsäkringen.<sup>45</sup> Syftet var därmed inte att åtgärda problemen med ohälsotalen, utan istället var målet att redovisa siffrorna inom rätt budgetområde<sup>46</sup>. Sjuk- och

---

<sup>41</sup> SOU 1995:149 s 34

<sup>42</sup> SOU 1995:149 s 34

<sup>43</sup> SOU 1995:149 s 35

<sup>44</sup> SOU 1995:149 s 35

<sup>45</sup> Stendahl Sara, *Renodlingens konsekvenser - Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, s 158

<sup>46</sup> Vahlne Westerhäll, *Den starka statens fall* s 334

arbetsskadekommittén menade att renodlingen tillkommit för att samhällets kostnader för problemområden skall redovisas på ett rättvisande sätt<sup>47</sup>. Genom att renodlingsbegreppet är grunden för kap 3 i AFL och helhetssynen skall vara vägledande princip i kap 22 samma lag, kommer dessa kapitel att få ett innehåll som står i motsatsförhållande till varandra. Med anledning av sådana motsättningar i samma författning, orsakas problem när det gäller att använda och tolka renodlingsbegreppet i sjukförsäkringen.<sup>48</sup> Det individperspektiv som är grundläggande för en socialförsäkring sätts ur spel när renodlingsbegreppet skall tillämpas<sup>49</sup>.

Genom Socialförsäkringslagen<sup>50</sup> som infördes 2001 delas förmånerna numera in efter bostads- respektive arbetsförmåner. Detta medför att förmånerna uppkommer genom arbete eller bosättning. Finansiering sker inte, som nämnts tidigare, genom att den enskilde själv betalar in en premie utan istället finansieras den genom en del av arbetsgivaravgiften. Den enskildes inbetalning sätts härigenom i relation till dennes inkomst och inte till någon riskgruppering.<sup>51</sup>

I juli 2003 infördes en sjukförsäkringsreform. Denna hade till syfte att harmonisera olika ersättningar för att förhindra stora olikheter, och därmed orättvisor, i sjukförsäkringssystemen. En arbetslös med sjukpenning kan numera inte överstiga den maximala ersättningen som kan erhållas från A-kassan.<sup>52</sup>

Sammanfattningsvis kan sägas att sjukförsäkringen genomgått en lång rad förändringar sedan dess tillkomst. Det kan nämnas att det har införts karensdagar och arbetsgivaransvar. Ersättningsnivåerna har förändrats samt regler för återkvalificering har ändrats. Möjligheterna till deltidssjukskrivning har dessutom ökats och allt detta har gjorts för att kunna bevara ursprungstanken med sjukförsäkringen, d v s att vara en inkomstgaranti vid sjukdom.<sup>53</sup> För att kunna vidmakthålla det grundläggande syftet med försäkringen har det varit nödvändigt att minska kostnaderna och gjorda förändringar har därför varit erforderliga, enligt statsmakten.<sup>54</sup>

---

<sup>47</sup> SOU 1995:149 s 230f

<sup>48</sup> Ekblad Susanne, *Rehabilitering med förhinder*, s 24

<sup>49</sup> Westerhäll Lotta, *Rättsliga aspekter på arbetsförmåga på grund av sjukdom*, s 363

<sup>50</sup> Socialförsäkringslag (1999:799)

<sup>51</sup> Rapport från forskar seminariet i Umeå januari 2004, a a s 12ff

<sup>52</sup> A a s 43

<sup>53</sup> A a s 101ff

<sup>54</sup> Rapport från forskar seminariet i Umeå januari 2004, a a s 96



## 3.2 Ansvarsfrågor

### 3.2.1 Arbetsgivaransvar

När en person blir sjuk är det arbetsgivaren som är skyldig att ersätta denne ekonomisk de första fjorton kalenderdagarna<sup>55</sup>. Ersättning utgår med 80% av anställningsförmånerna<sup>56</sup> förutom första dagen, då ingen ersättning erhålls, s k karensdag<sup>57</sup>. Därefter är det Försäkringskassan som har hand om ersättningen.

För att få ersättning för de första sju dagarna från arbetsgivaren krävs att den enskilde lämnar en skriftlig försäkran om att denne varit sjuk. Kollektivavtal kan komma att ställa andra krav än de här angivna.<sup>58</sup> Arbetsgivaren är inte skyldig att utbetala någon ersättning förrän en sådan försäkran inkommit från den anställde.<sup>59</sup>

Från den åttonde sjukdagen skall den anställde inkomma med läkarintyg till arbetsgivaren på sin sjukdom, och vad denna har för inverkan på den anställdes arbetsoförmåga. Det är Försäkringskassan som skall anmana den anställde att inkomma med intyget. Det framgår att läkarintyget inte behöver innehålla uppgift om vad för typ av sjukdom den enskilde lider av, men även här kan andra regler gälla enligt kollektivavtal.<sup>60</sup>

### 3.2.2. Försäkringskassans ansvar

Under de fjorton första dagarna i en sjukperiod utgår ersättning enligt Sjuklönelagen<sup>61</sup>. Därefter har Försäkringskassan beslutanderätt i fråga om den enskildes rätt till sjukpenning i enlighet med AFL<sup>62</sup>. Den försäkrade har rätt till ersättning enligt den s k inkomstbortfallsprincipen om arbetsförmågenedsättningen orsakas till följd av sjukdom med minst en fjärdedel. Vid hel sjukskrivning har den enskilde rätt till 80% ersättning av sin sjukpenninggrundande inkomst (S G I).<sup>63</sup> Med hänvisning till hur stor

---

<sup>55</sup> 7§ 1st Lag (1991:1047) om sjuklön

<sup>56</sup> 6§ 2p Lag(1991:1047) om sjuklön

<sup>57</sup> 6§ 1p Lag(1991:1047) om sjuklön

<sup>58</sup> Karnov kommentar 21 ang. Lag (1991:1047) om sjuklön

<sup>59</sup> 9§ Lag (1991:1047) om sjuklön

<sup>60</sup> Karnov kommentar 19 ang. Lag (1991:1047) om sjuklön

<sup>61</sup> Lag (1991:1047) om sjuklön

<sup>62</sup> 3 kap Lag (1962:381) om allmän försäkring

<sup>63</sup> 3kap 4b§ Lag (1962:381) om allmän försäkring

arbetsförmågenedsättningen är betalas sjukpenning ut med hel, tre fjärdedels, halv eller fjärdedels ersättning.<sup>64</sup>

En försäkrans om sjukdomstillståndet och arbetsförmågan skall lämnas till Försäkringskassan på heder och samvete<sup>65</sup> och nämnda försäkrans skall innehålla uppgifter om sjukdomen, arbetsuppgifter samt en egen bedömning av nedsättning av arbetsförmågan. Den försäkrade skall dessutom inkomma med läkarintyg fr o m den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen.<sup>66</sup> Med anledning av att huvudämnet för vår uppsats är läkarintyget, kommer vi att fördjupa oss kring nämnda område i en senare avdelning av uppsatsen och lämnar därför ämnet därhän för tillfället.

Vad anbelangar den enskilde som inte har någon anställning, såsom en arbetssökande eller studerande, erhåller vederbörande därmed ingen sjuklön. I stället erhålls ersättning i form av sjukpenning från Försäkringskassan efter en karensdag, vilken gäller för alla – oavsett om personen ifråga innehar en anställning eller ej.

Sjuklön och sjukpenning kan dessutom utgå parallellt med inkomst från flera arbetsgivare, om den försäkrade delvis har inkomst som egen företagare och delvis inkomst från anställning eller t ex är delvis arbetssökande. Vid dylika situationer beräknas sjukpenningen på den inkomst som den försäkrade inte erhåller sjuklön för.<sup>67</sup>

När det gäller studerande som blir sjuk kan sjukpenning utgå under förutsättning att den enskilde har kvalificerat sig till sjukpenning. För att kvalificera sig till sjukpenning krävs att den studerande innan studierna påbörjades har haft en inkomst som skall överstiga ett av Försäkringskassan angivet belopp.<sup>68</sup>

---

<sup>64</sup> ([www.regeringen.se/sb/d/2371](http://www.regeringen.se/sb/d/2371) ; 2005-11-15)

<sup>65</sup> 3 kap 8§ 1st Lag (1962:381) om allmän försäkring

<sup>66</sup> 3kap 8§ 2 st Lag (1962:381) om allmän försäkring

<sup>67</sup> [www.fk.se/privatpers/sjuk/omsjuk/sjukpenning](http://www.fk.se/privatpers/sjuk/omsjuk/sjukpenning) 2005-11-15

<sup>68</sup> [www.regeringen.se/sb/d/2371](http://www.regeringen.se/sb/d/2371) ; 2005-11-15

## 4 Den styr- och fördelningspolitiska bakgrunden

### 4.1 Statligt styrd sjukförsäkring

Sjukförsäkringen blev obligatorisk och allmän genom förslaget som lades fram av Socialvårdskommittén i dess betänkande<sup>69</sup>, vilket innebar att det var offentligrättsliga organ som var ansvariga för försäkringen och denna var också till viss del finansierad genom skatteintäkter. Detta gav vid handen en stark statlig styrning redan från försäkringens inledning<sup>70</sup>. Statens målsättning med att lagstifta om en allmän socialförsäkring var att generera medborgare som kunde klara sig själva i så stor omfattning som möjligt och inte bli bidragsberoende<sup>71</sup>. Utgångspunkten var hjälp till självhjälp. Med anledning av de många lagändringar inom sjukförsäkringens område som skett de senaste femton åren, kan man fundera på vad staten numera är fokuserad på; en stark enskild medborgare eller en socialbidragsberoende sådan – för det är dit vi är på väg när staten begränsar möjligheterna för den försäkrade att erhålla ersättning och vederbörande inte heller kan betecknas som arbetssökande och erhålla ersättning från arbetslöshetsförsäkringen.

Lotta Westerhäll skriver i sin bok *Den starka statens fall* om det stora antalet lagändringar som skedde under 1990-talet och att besparingsskäl angavs som motiv för dessa<sup>72</sup>. Med anledning av de bistra ekonomiska tider som rådde då, var dessa motiv troligen en del av sanningen, men syftet var också att begränsa antalet som hade rätt till ersättning. Om de ansågs vara ersättningsberättigade skulle de erhålla en lägre kompensation p g a de försämringar som sjukförsäkringen varit utsatt för.

Regeringens målsättning är, enligt proposition 2002/03:89<sup>73</sup>, att halvera ohälsotalet fram till 2008. Begreppet ohälsotal innebär att antalet ersatta dagar per försäkrad i Försäkringskassan under en period av 12 månader, läggs ihop. Då räknas sådan ersättning som är baserad på bl a sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, samt aktivitets- och sjukersättning in<sup>74</sup>. Dock inte de dagar som ersätts med sjuklön av arbetsgivaren.<sup>75</sup>

---

<sup>69</sup> SOU 1944:15

<sup>70</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 532

<sup>71</sup> A s 534f

<sup>72</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall* s 569

<sup>73</sup> Proposition 2002/03:89, *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*

<sup>74</sup> Tidigare förtidspension och sjukbidrag

<sup>75</sup> <http://uppsol.forsakringskassan.se/upload/6413> ; 2005-12-12

Det finns naturligtvis olika anledningar till att antalet sjukskrivna varierat under åren. Åsikterna går isär, men en del anser att det stora ohälsotalet beror på arbetslöshet, politiska faktorer samt olika antal karensdagar och ersättningsgrader i sjukförsäkringen. Det finns dock inget egentligt som tyder på att vi blivit sjukligare. Ökningen av ohälsotalet kan också bero på det höjda arbetstempot och ständiga omorganisationer, eller att förändringar i ett socialt trygghetssystem slår igenom i ett annat. En tredje anledning kan vara att befolkningen förändrat sin attityd till sjukskrivning. Enligt en undersökning framgår att tre av tio tycker att det är tillåtet att sjukskriva sig enbart beroende på trötthet. Dessutom framgår att det finns olika attityder till sjukskrivning i olika delar av landet. Långtidssjukskrivningar är en av de främsta orsakerna till ökningen av kostnaderna för ohälsotalet i samhället. Hur man skall komma tillrätta med problemet diskuteras ständigt och styr de åtgärder som regeringen väljer att vidta.. Insatser som vidtagits är att arbetsgivarna har fått ett större ansvar att bära kostnader för sjukskrivningen. De skall from nyåret 2005 betala 15% av sjukpenningen även efter de första två veckornas sjukskrivning, Försäkringskassan skall bli mer rigorösa i lagtillämpningen när det gäller att besluta i fråga om rätt till sjukpenning.<sup>76</sup>

#### 4.2 Lagförändringar under 1990-talet

De otaliga ändringar som ägde rum inom sjukförsäkringen under 1990-talet, gav den försäkrade små möjligheter att hålla sig uppdaterad om sin rätt till ersättning från försäkringen och vilken kompensationsnivå vederbörande kunde förvänta sig att erhålla. Under de aktuella tidsperioden ändrades reglerna för kompensationsnivån vid inkomstbortfall omkring vartannat år vilket innebar sänkningar till att börja med, men ersättningsnivån höjdes sedermera vilket dock inte medförde att den ursprungliga procentuella sjukpenningsnivån uppnåddes.<sup>77</sup> Nya tillvägagångssätt för beräkning av årsinkomst och därmed också den sjukpenninggrundade inkomsten gjorde att flertalet försäkrade erhöll en lägre sjukpenning. Så var fallet när det gällde beräkning av semesterlönen som skulle ge en mindre ersättning under arbetad tid än under semestertid, vilket påverkade årsinkomsten negativt och även så när de skattepliktiga förmånerna inte skulle räknas med i den sjukpenninggrundade inkomsten.<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> Engblom Monika, Rudebeck Carl Edvard, Englund Lars, Norrmén Gunilla, *Inte doktors bord – ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer*, Läkartidningen nr 48 2005

<sup>77</sup> A a s 348

<sup>78</sup> A a s 327

En karensdag som innebar att ingen sjuklön eller sjukpenning betalades ut för första sjukdagen infördes också och följden blev naturligtvis att många arbetstagare inte ansåg sig ha råd att vara sjuk vilket ökade den s k ”sjuknärvaron”. Staten uppnådde dock sitt syfte att minska antalet kortare sjukfall. Sjukpenning kunde även minskas under vissa omständigheter såsom vid de tillfällen då den försäkrade genom en avtalsförsäkring kunde erhålla ersättning eller om inkomsten överskred en viss fastställd summa. Intentionen från staten var här att en del arbetstagare inte skulle garanteras en högre ersättning än andra försäkrade vid inkomstbortfall p g a sjukdom.<sup>79</sup>

Med dessa förändringar i regelsystemet av sjukförsäkringen utestängdes allt fler från att vara ersättningsberättigade och de som ansågs ha rätt till ersättning erhöll en lägre ersättning, vilket gjorde att sjukfrånvaron sjönk under slutet av 90-talet för att sedan öka under början av 2000-talet igen<sup>80</sup>.

### **4.3 Den fördelningspolitiska bakgrunden**

Begreppet fördelningspolitik avser de politiska handlingar som syftar till att inverka på fördelningen av kapital, inkomster eller konsumtion<sup>81</sup> och i detta arbete avser vi resursomfördelningen inom sjukförsäkringens område. Målsättningarna med fördelningspolitiken utformas mestadels som en social rättvisa<sup>82</sup>, men sedan kan det naturligtvis diskuteras vad som anses vara rättvisa. Här finns givetvis olika åsikter.

### **4.4 Avsikten med ”renodlingskriterierna”**

Genom proposition 1996/97:28 ”renodlades” kriterierna för att den försäkrade skulle bli ersättningsberättigad. Syftet med detta var enligt Sjuk- och arbetsskadekommittén att försäkringens utgifter skulle minska samt att ”ge underlag för en mer rättvisande bild av samhällets kostnader inom olika problemområden”<sup>83</sup>. Renodlingskravet innebar att

---

<sup>79</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 327

<sup>80</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 325

<sup>81</sup> Nationalencyklopedin, [www.ne.se](http://www.ne.se), 2005-11-01

<sup>82</sup> Nationalencyklopedin, [www.ne.se](http://www.ne.se), 2005-11-01

<sup>83</sup> SOU 1995:149 s 230f

gränsdragningen för när sjukförsäkringen inte var tillämplig och var arbetslöshetsförsäkringen istället tog vid, skulle klargöras<sup>84</sup>. Så avsikten var därmed inte att åtgärda de bakomliggande problem som orsakar den höga sjukfrånvaron och ohälsotalen, det räckte med att dessa problem åskådliggjordes och att korrekta utgifter uppvisades inom det budgetområde som ansågs vara ansvarigt för dessa<sup>85</sup>.

Detta innebär numera att om den försäkrades arbetsförmåga inte är "tillräckligt" nedsatt av dennes sjukdom och det inte finns någon möjlighet för berörd arbetsgivare att omplacera arbetstagaren kan uppsägning p g a arbetsbrist bli följden och arbetstagaren ska då stå till arbetsmarknadens förfogande – då har kostnaderna hamnat inom "rätt" budgetområde - problemet uppstår då att vederbörande inte anses besitta den arbetsförmåga som krävs för att erhålla ett arbete och vara berättigad till ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. Den försäkrade hamnar nu "mellan två stolar" d v s är inte berättigad till vare sig ersättning från sjukförsäkringen eller från arbetslöshetsförsäkringen och målsättningen med sjukförsäkringen, en hjälp till självhjälp som skulle skapa starka och icke bidragsberoende medborgare, har inte uppnåtts då de som inte är ersättningsberättigade till någon av dessa försäkringar blir hänvisade till socialbidrag.

## **4.5 Sjukdomsbegreppen**

### **4.5.1 Innebörden av sjukdomsbegreppen**

Innebörden av sjukdomsbegreppet förefaller vid en första anblick tämligen självklart. Det ter sig ganska naturligt och självklart för den enskilde att stanna hemma från arbetet vid sjukdom p g a upplevelsen av att vara arbetsoförmögen och dessutom erhålla sjukpenning (=sp). Börjar begreppet sjukdom eller vad som räknas till att vara sjuk och vad detta innebär att diskuteras så kommer vi alla troligen fram till olika innebörd av begreppen. Begreppet sjukdom är därför inte alls så självklart som det kan tyckas vid en första anblick. Att det inte finns ett enhetligt vedertaget sjukdomsbegrepp som omfattar alla områden, såsom sjukförsäkringsrätten, läkarvetenskapen och folks allmänna uppfattning kan förvirra den enskilde, eftersom han har

---

<sup>84</sup> Stendahl Sara, a a s 158

<sup>85</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, a a s 334

att rätta sig efter olika begrepp i olika sammanhang. Men vid en djupare anblick blir det istället ganska självklart att det inte kan finnas ett sådant universalt begrepp.

Det är viktigt att ha ett enhetligt begrepp beträffande det ”sjukförsäkringsrättsliga” sjukdomsbegreppet ur både såväl rättviseaspekt som legitimitetsaspekt. För att besluten som fattas skall uppfattas som legitima krävs det enhetlighet. Begreppet är dock inte så entydigt, detta märks bl a när det diskuteras om sjukförsäkringen skall innefatta även nya sjukdomsgrupper.<sup>86</sup> De olika betydelser som begreppet sjukdom kan innefatta måste redas ut och förklaras, för att en diskussion skall kunna föras och termen förstås i sina olika sammanhang. Begreppet har ansetts innefatta felaktiga sjukskrivningar lika väl som sjukskrivningar som gjorts enbart för att dölja olika sociala problem. Detta har lett till uppfattningen om att vara ett alltför vidsträckt begrepp då det har givit upphov till en felaktig form av omyndighetsförklaring, medan andra uppfattat det som för snävt genom att inte t ex betrakta alkoholism som en sjukdom.<sup>87</sup> Utgångspunkten för sjukdomsbegreppet som används idag kommer från SOU 1944:15, innebörden från denna SOU är därför viktig att klargöra.

#### 4.5.2 1944 års sjukdomsbegrepp

I Socialvårdskommitténs betänkande från 1944<sup>88</sup> försöktes det att fastställa vad som skulle omfattas av begreppet sjukdom. Det framgår redan här att det är svårdefinierbart, redan då fick korrigeringar göras efter det att betänkandet varit ute på remiss. Kommittén beslutade sig för att inte göra någon absolut definition av begreppet, eftersom de insåg att det inte skulle vara vare sig lämpligt eller möjligt.<sup>89</sup> Från början menade Socialvårdskommittén att utgångspunkten borde tas i ”vanligt språkbruk och inom gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse som sjukdom”<sup>90</sup>. Socialvårdskommittén menade då att sjukdom skulle vara ”varje onormalt kropps- eller själstillstånd som inte sammanhänger med den normala livsprocessen”<sup>91</sup>. Sålunda omfattades inte t ex missbildningar och stympningar, även om de var sviter av tidigare sjukdom. Dock kunde en nedsättning p g a tidigare sjukdomstillstånd komma att räknas som sjukdom. Det var alltså inte endast själva sjukdomsprocessen i sig som

---

<sup>86</sup> Westerhäll - Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsförmåga*, s 212

<sup>87</sup> Westerhäll – Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsförmåga*, s 180

<sup>88</sup> SOU 1944:15, *Lag om allmän sjukförsäkring*

<sup>89</sup> SOU 1944:15 s 162

<sup>90</sup> SOU 1944:15 s 162

<sup>91</sup> SOU 1944:15 s 162

skulle omfattas av sjukdomsbegreppet. Försäkringsrådet yttrade sig i remissinstansen och menade att även missbildningar i konsekvensens namn skulle omfattas. Departementschefen gick på Försäkringsrådets linje i propositionen som senare även godtogs av riksdagen.<sup>92</sup> Kommittén ansåg att vid tveksamma fall så borde rent generellt ersättning erhållas om vården enligt en läkares bedömning kunde anses vara sjukvård. Kommittén poängterade att skälighetsbedömningar skulle tas i beaktande vid bedömningen. Som villkor för att erhålla sjukpenning krävdes det dock att vården utförts eller att medicin utskrivits av en legitimerad läkare.<sup>93</sup> Eftersom 1944 års socialvårdskommitté fastslog att gällande sjukdomsbegrepp inte fick avvika från gällande läkarvetenskaplig uppfattning och dessutom skulle överensstämma med vanligt språkbruk, menar Lotta Westerhäll att det är befogat att anta att sjukdom inte enbart behöver vara en sjukdom i strikt medicinsk mening, eftersom bedömningsgrunden vanligt språkbruk därigenom vore omotiverat att ha med<sup>94</sup>. Redan 1944 när sjukdomsbegreppet skulle fastställas, uppstod alltså problem att komma fram till ett klart och tydligt innehåll i det. Man insåg på ett tidigt stadium att det faktiskt skulle vara omöjligt att låsa fast begreppet. Noteras kan att förändringarna som gjordes genom bl a remissinstansernas försorg har en fördelningspolitisk prägel, där rättvisaspekter beträffande vad som skall innefattas i sjukdomsbegreppet är centrala och viktiga. Till viss del går även uppfattningarna om vad som är rättvist isär, vilket gör att det blir omöjligt att nå ett resultat som alla blir nöjda med.

#### 4.5.3 Olika sjukdomsbegrepp

För att förstå problematiken beträffande innebörden i de olika sjukdomsbegreppet och vad detta för med sig vid bedömningen i ett sjukpenningärende, följer nedan en redogörelse av dessa.

Rent generellt uppfattas det som något positivt att sjukdomsbegreppet även kan innefatta sjukdomar som upplevs endast på det subjektiva planet såsom t ex ryggproblem. Det finns dock olika synsätt på detta. I princip kan man säga att det finns två synsätt som kolliderar med varandra när det gäller vad som skall betraktas som sjukdom i sjukpenningärenden. Det första

---

<sup>92</sup> Westerhäll Lotta, *Sociala trygghetslagar – en introduktion*, s 35f

<sup>93</sup> SOU 1944:15 s 162f

<sup>94</sup> Westerhäll Lotta, *Rättsliga aspekter på arbetsförmåga på grund av sjukdom*, s 357



är det biologiska som kräver att det finns objektiva tecken på sjukdom för att en behandling skall vara möjlig att påbörja, eller för att kunna ställa en diagnos och betraktas som en sjukdom. En motsatt tolkning till detta är det andra, det socialmedicinska. Enligt detta synsätt innefattas både objektiva och subjektiva upplevelser av sjukdomstillstånd. Vikt läggs här vid att ta hänsyn till den enskildes egna subjektiva upplevelser av sin situation. De sociala faktorerna bakom sjukdomstillståndet är viktiga att få fram samt att även utreda hur dessa påverkar sjukdomsbilden och dess förlopp. Företrädarna för detta synsätt menar att sp bör erhållas om arbetsoförmåga uppkommer genom en sjukdom som orsakats av bakomliggande sociala besvär. Det betonas dock att sp inte är rätt väg att gå vid arbetsoförmåga som endast beror på den sociala situationen och inte på någon sjukdom som orsakat denna situation. Det som är avgörande för att bedöma arbetsoförmåga och sjukdom är inte endast orsaken till sjukdomen utan även symptomens art, grad och beständighet. De menar att det viktiga är att vid olika sjukdomstillstånd ta reda på arbetssituationen och därigenom inte behöva vara rädd för att diffusa symptom vidgar begreppet.<sup>95</sup>

Samma objektiva sjukdomstillstånd kan uppfattas olika av olika personer och vid olika tillfällen<sup>96</sup>. Inte heller läkarna har samstämmiga åsikter om vad som skall räknas in i sjukdomsbegreppet<sup>97</sup>. Såväl inom skilda medicinska inriktningar som vid olika uppfattningar av behandlingsalternativ, skiljer sig uppfattningen om vad som innefattas i begreppet<sup>98</sup>. Att det har olika innebörd, märks bl a genom att enskilda fått rätt till ersättning efter överklagande till Försäkringsöverdomstolen, detta gäller bl a gravida.<sup>99</sup>

Innebörden beror på olika värderingar. Detta leder detta till att begreppet används styrpolitiskt som ett annat namn för en rad rättspolitiska överväganden som har och kommer att avgöra vad/vem som skall innefattas rätten till sp.<sup>100</sup>

Argument mot att även innefatta nya sjukdomar kan vara att det inte kan utvidgas mer eller att dessa inte anses omfattas av begreppet sjukdom, såsom det skall uppfattas. I vissa fall används det istället för att kunna utesluta tidigare ingående grupper som t ex svåra graviditeter och istället innefatta sådana som tidigare inte omfattats t ex personer med medfödda

---

<sup>95</sup> Westerhäll - Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsoförmåga*, s 182 f

<sup>96</sup> A a s 216

<sup>97</sup> Westerhäll Lotta, *Sociala trygghetslagar – en introduktion*, s 35f

<sup>98</sup> Westerhäll- Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsoförmåga*, s 181

<sup>99</sup> Westerhäll Lotta, *Sociala trygghetslagar –en introduktion*, s 36

<sup>100</sup> Westerhäll - Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsoförmåga* s 212

handikapp som p g a den medicinska utvecklingen numera går att åtgärda genom operationer.<sup>101</sup>

Sjukdomsbegreppet inom sjukförsäkringsrätten kan sägas omfatta tre olika situationer. Den första är det när själva sjukdomen i sig leder fram till arbetsoförmåga, den andra är när den enskilde behöver medicinsk vård, såsom en operation, och det är denna vård som leder till arbetsoförmågan. Det tredje tillståndet är när arbetsoförmågan kvarstår helt eller delvis även efter det att sjukdomen i sig upphört, såsom följsjukdomar eller att inte bli återställd efter det att ett ingrepp utförts. Detta regleras i AFL 3:7 första st andra mom.<sup>102</sup>

Det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet samstämmer mest med det biologiska synsättet. Detta beror enligt Lotta Westerhäll på att det är enligt detta som det är lättast att avgöra om det verkligen föreligger en sjukdom, eftersom det görs rent objektivt. Hon menar dock att det socialmedicinska begreppet egentligen bäst stämmer överens med avsikten med sjukförsäkringen, d v s att utgöra en ekonomisk trygghet för den enskilde då denne p g a sjukdom inte kan arbeta, oavsett vad det är frågan om för sjukdom, vare sig dessa bedöms objektivt eller ej.<sup>103</sup> Här uppkommer alltså en kollision mellan avsikten med och tillämpningen av försäkringen, vilket naturligtvis utgör ett problem.

Tanken var att sjukdomsbegreppet skulle vara detsamma oavsett område, vilket dock inte betydde att det skulle vara oföränderligt. Eftersom resurserna men även kunskaperna var begränsade i början så kunde naturligtvis inte alla sjukdomstillstånd innefattas. Vad som skulle komma att innefattas påverkades även av att läkarnas syn på begreppet ändrades under 1960-70 talen. Detta ledde fram till en sovring. De sjukdomar som först och främst innefattades blev de somatiska (=kroppsliga) sjukdomarna<sup>104</sup>. Innebörden har fortsatt att ändras och utvecklas med tiden. Den senaste tiden bl a p g a en allt snabbare utveckling av kunskaper, en ökning av vårdresurser och ökade resurser inom socialpolitiken.<sup>105</sup>

---

<sup>101</sup> A a s 212

<sup>102</sup> A a s 211

<sup>103</sup> Westerhäll - Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsoförmåga*, a s 212

<sup>104</sup> A a, s 179

<sup>105</sup> A a s 179

#### 4.5.4 Tillägget i 3:7 AFL

3:7 AFL fick ett tillägg 1 oktober 1995; ”*vid denna bedömning skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden*”. Detta tillägg gjordes som ett förtydligande av sjukdomsbegreppet, eftersom regeringen uppfattade det som ett problem att det skett en ”glidning” av begreppet såväl hos patienter och läkare som inom socialförsäkringsadministrationen. Vilket innebar att det inte byggde på någon reell sjukdom utan snarare på arbetsmarknadsmässiga, ekonomisk och sociala skäl.<sup>106</sup> Däremot ansåg regeringen inte det vara ett problem att försäkringsdomstolen enligt domstolspraxis redan från 1980-talet ofta använt sig av det socialmedicinska begreppet<sup>107</sup>. Förtydligandet som gjordes i 3:7 AFL första st gjordes enligt motiveringen för att sociala och generella livsproblem hamnade inom såväl sjukpenningförsäkringen som förtidspensioneringen, vilka riskerade att bli allmänna inkomstbortfallsersättningar<sup>108</sup>. Härigenom styrde lagstiftaren tolkningen av begreppet, vilket inte hänt inom detta område tidigare<sup>109</sup>.

#### 4.6 Arbetsoförmåga

Det är tämligen självklart att grundtanken med socialförsäkringssystemet är att ersätta den enskilde med sp när denne inte kan arbeta p g a sjukdom. Ersättning skall däremot inte utgå när den enskilde inte vill men kan arbeta.<sup>110</sup> Sjukförsäkringen innebär att det inte är tillräckligt att den enskilde enbart är sjuk för att få rätt till sjukpenning. Dennes sjukdom måste också medföra en arbetsoförmåga med minst en fjärdedel.<sup>111</sup> Detta begrepp är ännu mer otydligt än vad sjukdomsbegreppet är.

Socialvårdskommittén skiljde redan 1944 mellan två olika typer av arbetsoförmågebegrepp. Det ena fallet avsåg s k faktisk arbetsoförmåga, d v s när den enskilde rent faktiskt inte kan utföra något arbete eftersom effekten av sjukdomen medför en arbetsoförmåga. Det andra fallet avser situationen då den enskilde inte bör förvärvsarbeta för att bota sin sjukdom, d v s

---

<sup>106</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 331

<sup>107</sup> A a s 332

<sup>108</sup> Westerhäll Lotta, *Rättsliga aspekter på arbetsoförmåga på grund av sjukdom*, s 360

<sup>109</sup> Stendahl Sara, a a s 168f

<sup>110</sup> Englund Lars, *Är sjukdom ett bra skäl att bli sjukskriven?*, s 6

<sup>111</sup> Stendahl Sara, a a s 166

s k profylaktisk eller terapeutisk arbetsförmåga. Sjukdomen i sig medför här i egentlig mening inte någon sådan arbetsförmåga att ersättning egentligen skall utgå.<sup>112</sup> Den profylaktiska arbetsförmågan omnämns inte för rätten till sp, men i praktiken beviljas oftast sp även i dessa fall.<sup>113</sup> Enligt rättstillämpningen kan rent faktisk arbetsförmåga krävas.<sup>114</sup> Lotta Westerhäll menar att den slutsatsen kan dras att kommittén menat att det ”centrala” arbetsförmågebegreppet måste vara det terapeutiska och det profylaktiska, eftersom en vanlig sjukdom oftast inte leder till 100% faktisk arbetsförmåga, vilket gör det faktiska arbetsförmågebegreppet relativt ovanligt att kunna tillämpa i strikt mening. Läkaren gör sin bedömning enligt den terapeutiska modellen. Ersättning skall därför utgå även om själva arbetsförmågan inte sätts ner till 100% p g a sjukdomen, men de medicinska åtgärderna som behövs för botandet av sjukdomen kräver att den enskilde inte arbetar.<sup>115</sup>

Vid korta sjukperioder skall arbetsförmågan sättas i relation till den enskildes ordinarie arbete<sup>116</sup>. Eftersom inget sägs om de långvariga sjukskrivningarna i AFL så tolkas detta motsatsvis enligt AFL 3:8 första st. Detta innebär således att denna istället skall ställas i relation till ett arbete, och då inte den enskildes nuvarande specifika arbete, utan alla arbeten. Vilket innebär att det kan finnas något arbete som den enskilde trots sin sjukdom kan vara lämplig för. Vid den juridiska bedömningen för rätten att erhålla sp p g a sjukdom, tas ingen hänsyn till den enskildes möjlighet till att få ett annat lämpligt arbete.<sup>117</sup>

Detta innebär att den enskilde kan bli utan sp p g a att arbetsförmågan inte är så pass nedsatt att han inte kan ta ett annat arbete. Att han troligen inte har någon reell möjlighet att få ett annat arbete tas ingen hänsyn till, utan han hamnar mellan två stolar. Eftersom han då blir utan sp när han inte uppfyller kraven för att få någon ersättning, måste han i princip säga upp sig och skaffa det nya arbetet som han har arbetsförmåga till. Detta arbete kan det vara brist på, vilket leder till att den enskilde istället blir arbetslös. Alternativt blir han uppsagd av sin nuvarande arbetsgivare och får då A-kasseersättning. Det vanliga är dock inte att arbetsgivaren säger upp någon när denne är sjuk, eftersom det oftast saknas saklig grund för detta.

---

<sup>112</sup> Westerhäll Lotta, *Rättsliga aspekter på arbetsförmåga på grund av sjukdom*, s 361

<sup>113</sup> Englund Lars, a a s 6

<sup>114</sup> Westerhäll Lotta, *Sociala trygghetslagar - en introduktion*, s 38

<sup>115</sup> Westerhäll Lotta, *Rättsliga aspekter på arbetsförmåga på grund av sjukdom*, s 362

<sup>116</sup> 3 kap 8§ 1 st Lag (1962:381) om allmän försäkring

<sup>117</sup> Westerhäll - Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsförmåga*, s 229

Sjuk- och arbetsskadekommittén lade fram ett förslag som ansågs innefatta ett nytt arbetsförmågebegrepp, SOU 1995:149. De menade att ersättningen skall baseras på medicinska grunder där arbetsmarknadsskäl eller sociala förhållanden inte skulle ligga till grund för bedömandet om arbetsförmåga förelåg<sup>118</sup>. Detta var en s k renodling av arbetsförmågebegreppet, som infördes i AFL den 1 oktober 1995<sup>119</sup>. Syftet med renodlingen enligt regeringsdirektivet var att ”problem som i grunden inte är medicinskt betingade skall i första hand hanteras med arbetsmarknads- eller socialpolitiska medel. Härigenom uppnås en större tydlighet och kostnader kommer att bokföras där de uppstår. Regeringens uppfattning är att en sådan ordning underlättar politiska prioriteringar mellan välfärdspolitikens olika områden.”<sup>120</sup> Dessutom skall samma kriterier gälla vid bedömning av arbetsförmågan oberoende av tiden som denna bedöms vara nedsatt. Frågan blev vid ett sådant resonemang om det medicinska tillståndet kunde bedömas om inte den medicinska arbetsförmågan sattes i relation till individen. Svaret här beror på vilket sjukdomsbegrepp som används. Det hela skulle var möjligt om man bortser från arbetsmarknadsmässiga eller sociala förhållanden, om dessa inte är relaterade till ett sjukdomsbegrepp i överensstämmelse med läkarvetenskaplig expertis och vanligt språkbruk. Relaterade man kriterierna så, så skulle detta enligt Lotta Westerhäll innebära att något nytt arbetsförmågebegrepp inte införts, utan att samma begrepp använts som grundades 1944 och därefter använts i rättstillämpningen. Någon sådan hänsyn hade inte tagits då heller. Dock framhöll kommittén att det var ett nytt begrepp. Huvudregeln skulle numera vara att arbetsförmågan endast skulle sättas i förhållanden till sjukdomen och hur mycket den satte ner arbetsförmågan. Från denna huvudregel skulle undantag kunna göras endast i sällsynta fall. Betydelsen blev avhängig av vilket sjukdomsbegrepp som användes och vad ”i förhållande till” syftade på. Något nytt sjukdomsbegrepp är det i själva verket inte, utan det är samstämmigt med det som infördes av socialvårdskommittén 1944.<sup>121</sup> Mycket väsentligt är det däremot att det är nytt avseende arbetsförmågan eftersom detta begrepp tidigare varit individcentrerat i rättstillämpningen, vilket det inte skulle vara nu när hänsyn inte skulle tas till ekonomiska, sociala eller arbetsmarknadsmässiga förhållanden utan att tyngdpunkten endast skulle läggas på den medicinska bedömningen, och inte på varje specifik individs speciella omständigheter<sup>122</sup>. Att

---

<sup>118</sup> SOU 1995:149 s 228

<sup>119</sup> Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 331

<sup>120</sup> A a s 342

<sup>121</sup> Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 333f

<sup>122</sup> A a s 348f

en tidigare huvudregel numera skulle bli en undantagsregel hade sin grund i renodlingsprincipen som skulle användas inom området.<sup>123</sup>

## 4.7 Renodlingsmodellen

### 4.7.1 Renodlingens konsekvenser

Den 1 januari 1997 infördes den s k steg-för-steg-bedömningen<sup>124</sup>. Denna modell var ett hjälpmedel i renodlingsprincipen som var ytterligare ett steg i utvecklingen av arbetsoförmågebegreppet vid beslut om sjukpenning, men även vid rehabiliteringsbehov<sup>125</sup>. I steg-för-steg-metoden bedöms den enskilde i sju olika steg för att se om rätt till sjukpenning föreligger. Sju olika frågor som skall besvaras med ja eller nej, är svaret på en fråga ja uppfyller den enskilde kraven för att få sin sjukpenning beviljad.<sup>126</sup>

” Steg 1; Kunde den försäkrade utföra sina vanliga arbetsuppgifter efter nödvändig behandling och konvalescens?”

”Steg 2; Kunde den försäkrade utföra sina vanliga arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna?”

”Steg 3; Kunde den försäkrade utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos din arbetsgivare utan extra insatser?”

” Steg 4; Kunde den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser?”

”Steg 5: Kunde den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, utan extra insatser?”

”Steg 6; Kunde den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser, te x utbildning eller omskolning?”

”Steg 7;Var den försäkrad varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen? Om ja förtidspension eller sjukbidrag.”<sup>127</sup>

---

<sup>123</sup> A a s 333f

<sup>124</sup> SOU 1995:149 s 245ff

<sup>125</sup> Westerhäll Lotta, a a s 341

<sup>126</sup> SOU 1995:149 s 244ff

<sup>127</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 343f

En viktig del av renodlingsprincipen var att arbetsförmåga endast kunde föreligga på de medicinska kriterier. Kravet på renodling frångås redan i steg 2 eftersom man börjar ta hänsyn till arbetsgivarens möjligheter till omplacering. Blev det aktuellt med ett nytt arbete för den enskilde skulle denne vara lämplig för det, ha rätt utbildning osv. Det var därför helt enkelt nödvändigt att ta hänsyn även till andra faktorer än de rent medicinska.

Vid handläggningen måste även andra etiska principer beaktas än renodlingsprincipen, där endast medicinsk hänsyn tas. Likhetsprincipen och människovärdet kunde lätt komma på undantag om renodlingsprincipen följdes till punkt och pricka. Konsekvensen kunde annars bli att en städare blev omplacerad till ingenjör eftersom detta var ett stillasittande arbete som städaren rent teoretisk skulle kunna utföra med sina verkande knän, men i praktiken ändå skulle vara omöjligt eftersom denne saknade den nödvändiga utbildningen. Att endast följa renodlingsprincipen är därför ohållbart.<sup>128</sup> Frågan kan därför ställas att när lagstiftaren insåg omöjligheten att konsekvent enbart se till det medicinska i renodlingsprincipen, varför då ändå genomföra densamma när det ledde till avsteg i modellen.

Renodlingsmodellen innebar ytterligare en skärpning för den enskilde. Sjukdomsbegreppet skall numera grundas enbart på sjukdomar som är fastställda endast på medicinska grunder, vilket även medför att bedömningen av arbetsförmågan blir snävare. Stendahl menar att ersättning endast kan erhållas för arbetsförmåga som grundar sig på en sjukdom som fastställts på enbart medicinska grunder. Några andra skäl för ersättning beroende på arbetsförmåga är inte möjliga.<sup>129</sup>

Renodlingsprincipen innebar, som vi tidigare redogjort för, att kostnaderna för de olika problemområdena skulle visas inom just sitt område, så att kostnaderna helt enkelt hamnade i rätt fack. Det användes dessutom styrpolitiskt genom att kostnaderna för socialförsäkringen skulle komma att minska. Detta gjordes genom att begränsningar i ersättningsrätten/möjligheterna införts som minskade antalet ersättningsberättigade. Kommittén menade att det skulle anses vara ett arbetsmarknadsproblem, som därmed skulle belasta detta område och inte socialförsäkringsområdet, om den enskilde hade problem med att ta tillvara sin kvarstående arbetsförmåga. Lotta Westerhäll menar här att kommittén härigenom åsidosatte det faktum att arbetsmarknadspolitiken inte ligger på individnivå.

---

<sup>128</sup> A a s 343ff

<sup>129</sup> Stendahl Sara, a a s 172

Dessutom innebar renodlingsprincipen att helhetssynen och individperspektivet som fanns inom socialförsäkringen omöjliggjordes. Att renodla de olika samhällsekonomiska kostnaderna och synliggöra dem inom rätt politiskt område har egentligen ingenting att göra med vad som skall anses innefattas i arbetsförmågebegreppet, utan är endast styrpolitiska åtgärder. Renodlingen gjordes därför inte för att lösa problemet med ohälsotalet utan infördes endast för att synliggöra desamma.<sup>130</sup>

#### **4.7.2 Problematiken med renodlingsmodellen**

Arbetslinjen som genomsyrar det svenska lagstiftningen innebär i korthet att de människor som är arbetsföra skall försörja sig genom eget arbete. Detta kommer till uttryck i arbetsmarknadspolitikerna genom att arbetsmarknadsåtgärder föredragits framför att ge den arbetslöse kontantstöd. Under 1980-talet kom denna arbetslinje även att få genomslag inom socialpolitiken. Här märktes det genom satsningar på rehabiliteringar. Detta gjordes för att återanpassa den enskilde till arbetsmarknaden samt att koppla det ekonomiska stödet till ett krav på rehabilitering och för att undvika passiva utbetalningar. Precis som tidigare skiljer man inom socialförsäkringen mellan de som kan respektive inte kan rehabiliteras och komma ut i arbetslivet igen. Det nya är att det satsas mer på dem som har en anställning och dess möjligheter till rehabilitering. Enligt steg-för-steg-modellen har dessa också lättare att få ersättning under en rehabiliteringsperiod än de utan anställning. Det finns dock ett problem med arbetslinjen, nämligen att det råder brist på arbeten.<sup>131</sup>

Regeringen menade att renodlingen skulle underlätta politiska prioriteringar inom välfärdspolitikerna. Inom socialförsäkringen innebar detta att arbetsförmågan numera enbart skulle sättas i relation till medicinska grunder. Tidigare hade även faktorer såsom utbildning, ålder, boställningsförhållande och tidigare verksamhet beaktats. Numera räckte det med att arbetsförmåga för något normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden fanns för att den enskilde skulle befinnas vara arbetsför. Genom att den försäkrade då bedömdes vara arbetsför innebar detta att den enskilde inte hade rätt till sjukersättning. Den enskilde fick istället söka sig ut på arbetsmarknaden för att hitta ett sådant arbete som han var arbetsför till. Renodlingsprincipen frångicks dock inom steg-för-steg-modellen, vid rehabiliteringsåtgärder

---

<sup>130</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 334

<sup>131</sup> Stendahl Sara, s 165



skulle dessa först riktas mot den enskildes arbetsgivare, först senare skulle andra alternativ prövas. Detta innebar att förutsättningarna blev olika för olika försäkrade beroende på om de hade en anställning där det var möjligt att genomföra rehabiliteringsåtgärder eller arbetsgivarens möjligheter att erbjuda den enskilde andra arbetsuppgifter. Arbetsoförmågan kom därmed att kopplas lika mycket till vilken arbetsgivare den enskilde har och dennes möjlighet att erbjuda rehabilitering eller omplacering som till själva sjukdomen.<sup>132</sup> Dessa olikheter som infördes genom renodlingsprincipen bröt mot helhetssynen och likhetsprincipen. Fördelningspolitiskt verkar denna renodlingsprincip även leda till en orättvis fördelning av samhällets resurser, där de som har förmånen att vara anställd erhåller rätten till sjukersättning och rehabilitering medan de som inte kan rehabiliteras hos sin arbetsgivare eller omplaceras men fortfarande har kvar en arbetsförmåga till något normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden, nekas rätten till sjukersättning. En rätt som den enskilde hade kunnat ha om han haft en anställning på en annan arbetsplats där omplacering eller rehabilitering varit möjlig eller om arbetsförmågebegreppet inte hade ändrats utan fortfarande mer än i undantagsfall kunde ha relaterats till ålder, utbildning, tidigare verksamhet och bosättningsförhållanden.

Sjuk- och arbetsskadekommittén menade att sambandet mellan arbetsgivaren och rehabiliteringsmöjligheterna stod i samklang till arbetsgivarens ansvar för den anställda genom LAS. Dock kunde inte enbart medicinska kriterier vägas in utan även arbetsgivarens möjligheter att erbjuda en annan anställning.<sup>133</sup> Det förefaller som ett stort ansvar har kommit att hamna på arbetsgivaren, både för att erbjuda rehabilitering och ev omplacering enligt LAS, men även för att detta i så hög grad påverkar om den enskilde i sin tur skall ha rätt till sjukersättning eller inte. Här har gjorts en styrpolitisk åtgärd som gett arbetsgivarna ett större ansvar än de tidigare haft. Det kan tyckas att det har blivit ett alltför stort ansvar som har hamnat på arbetsgivaren. Denna åtgärd innebär ett avsteg från likabehandlingsprincipen genom att de med anställning beviljas sp under rehabiliteringsperioden medan de som saknar anställning inte gör det, eftersom de betraktas som arbetsföra för annat vanligt förekommande arbete på arbetsmarknaden och därmed inte på rent medicinska grunderna uppfyller kraven på rätt till sp. Man kan även tycka att det rimligen borde vara så att förstahandsansvaret inte borde ligga på arbetsgivaren att återföra sjukskrivna, åtminstone när sjukskrivningen inte

---

<sup>132</sup> Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 341f

<sup>133</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 343

beror på en renodlad arbetsskada, utan istället borde ligga på staten, även om naturligtvis ett samarbete är bra.

Renodlingen handlade om att endast på medicinska grunder bedöma arbetsoförmågan. Härigenom skulle den enskilde skötas av rätt myndighet. Sjuk- och arbetsskadekommittén menade att det fanns fara för att, om man inte skulle kunna ha någon som helst möjlighet att användas sig av en rimlighetsbedömning, detta skulle kunna leda till för ”stötande” resultat.<sup>134</sup>

Genom förändringen som infördes 1997 gällande rehabilitering så försvann omskolningsmöjligheten, som varit en viktig möjlighet tidigare. Omskolning hade tidigare varit möjligt om den enskilde inte längre kunde arbeta kvar hos sin nuvarande arbetsgivare, och den enskilde inte hade någon utbildning som kunde leda till ett nytt arbete, utan där en vidareutbildning kan vara aktuell. Arbetsgivaren bistod ofta med ett avgångsvederlag och FK bekostade kursen. Omskolningen var viktig i den arbetsinriktade rehabiliteringen. Genom renodlingen minskade de ersättningsberättigade i antal. Detta medförde också att färre hade rätt till rehabilitering. Tanken har dock aldrig i egentlig mening varit från lagstiftarens sida att minska antalet rehabiliteringsberättigade.<sup>135</sup> Detta blev i stället en (oförutsedd?) följdverkan av renodlingsprincipen. Däremot var det ett styrpolitiskt syfte att minska antalet ersättningsberättigade.

I motiven till lagförändringarna som genomförts inom sjukförsäkringen under 1990-talet har legat att sanera statsfinanserna och att minska budgetunderskottet. Detta skulle ske genom bl a effektivisering, ökat eget ansvar, införande av karensdag samt att arbetslinjen skulle drivas hårdare. Mot detta stod att förändringarna kunde leda till att sjuka och svaga skulle få det än svårare att komma in på arbetsmarkanden och att förslagen skulle slå mot de redan svaga grupperna i samhället.<sup>136</sup>

Det förefaller tveksamt om det medicinska innehållet i arbetsoförmågebegreppet kan få någon ändamålsenlig mening utan att hänsyn tas till den enskilde individens situation. Frågan är om sjuk- och arbetsskadekommittén menade att man skall bortse från arbetsmarknadsmässiga eller sociala förhållanden som inte är relaterade till sjukdomsbegrepp i överensstämmelse med

---

<sup>134</sup> Stendahl Sara, A a s 163

<sup>135</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 346

<sup>136</sup> Stendahl Sara, a a s 162

1944 års socialvårdskommitté. I så fall finns inte något nytt arbetsoförmågebegrepp eftersom sådana arbetsmarknadsmässiga och sociala förhållanden alltid stått utanför arbetsoförmågebegreppet.<sup>137</sup>

Huvudregeln, som absolut endast kan göras undantag från i sällsynta fall, skall vara att arbetsoförmågan skall sättas i relation till hur sjukdomen sätter ned den enskildes förmåga att arbeta. Detta skulle kunna platsa inom de profylaktiska/terapeutiska arbetsoförmågebegreppen. Innehållet är därför beroende av vilket sjukdomsbegrepp som används, samt hur man tolkar i förhållande till det. Men att det inte är det terapeutiska eller profylaktiska som avses märks eftersom att dessa blivit till begränsade undantagssituationer, en slags säkerhetsventiler.<sup>138</sup>

Helhetssynen på människan försvinner genom renodlingsprincipen som istället leder till att den enskilde blir uppdelad med sina olika problem i respektive problemområde<sup>139</sup>. Vi kan ganska säkert komma fram till vissa faror med detta system, där varje område håller hårt i sin budget och samarbete mellan de olika verksamhetsområdena blir svåra att få till. Det är enbart till men för den enskilde, som har att förlita sig på respektive ansvarsområde för att få hjälp att komma tillbaks in på arbetsmarknaden. Det troliga är att den enskilde inte bryr sig så mycket om vilket verksamhetsområde som är honom behjälplig. Det viktiga för den enskilde är att komma tillbaks till sitt arbete. Det kan rimligen inte gagna den enskilde att delas upp mellan olika verksamhetsområden, om dessa inte är beredda att hjälpa varandra och samarbeta över gränserna för att komma fram till ett bra resultat för den enskilde. Risker med renodlingstankar är att de olika verksamheterna istället för att se helheten, tenderar att se till sin egen budget och verksamhetsmål i första hand och därför gärna låter den enskilde bli en annan verksamhetsområdes ansvarsområde. Samtidigt är det värdefullt att kunna se de verkliga kostnaderna för olika problem och att när något skjuter i höjden märks problemet tydligare och åtgärder kan troligen sättas in tidigare för att åtgärda problemet. Inom varje verksamhet kan möjligheten till värdefull specialistkunskap finnas och utnyttjas till fullo. Det viktiga är att inte fastna i ett alltför snävt tillämpningsområde med murar mellan verksamhetsområdena, utan istället att se möjligheten, nämligen helheten.

---

<sup>137</sup> Westerhäll Lotta, *Rättsliga aspekter på arbetsoförmåga på grund av sjukdom*, s 363

<sup>138</sup> A a s 363

<sup>139</sup> A a s 364

## 4.8 Försäkringskassans bedömningsgrunder

I normalfallet brukar Försäkringskassan bevilja sp under en kortare tid. Därefter är det vanligt att den dras in eftersom sjukdoms- eller arbetsoförmågebegreppet inte är uppfyllt. Enligt Försäkringskassan är det inte tillräckligt att utbetala sp grundat endast på den enskildes egen uppfattning om sin sjukdom och arbetsoförmåga.<sup>140</sup> Den enskildes egen version är den som ligger till grund för sp-beslutet under den intygsfria tiden. Därefter, i ca tre månader, är det läkarens bedömning tillsammans med den enskildes uppfattning som är avgörande. De långa sjukfallen skall omprövas kontinuerligt. Bedömningen av arbetsoförmågan är inte detsamma vid kortvariga som vid långvariga sjukdomsfall. Det är även andra faktorer som ligger till grund för bedömningen av arbetsoförmågan i början av sjukfallet till skillnad mot längre fram.<sup>141</sup>

Vid behandlingen av patienten finns egentligen inte något behov eller krav på att bedöma om den enskilde är arbetsoförmögen eller ej. Detta blir nödvändigt först när den enskilde begär att få ett läkarintyg, som denne skall ha för att få erhålla sp.<sup>142</sup> Ett problem vid bedömningen av den enskildes arbetsoförmåga vid intygsskrivandet är att läkaren i regel inte känner till den enskildes arbetssituation och inte heller dennes livssituation. Läkarna menar i regel att den som egentligen bäst kan avgöra arbetsoförmågan är den enskilde själv. Bortsett från detta finns det även andra faktorer som påverkar arbetsoförmågan hos den enskilde, det kan t ex vara arbetsmotivation, grupptryck, omstruktureringar och andra förändringar på arbetsplatsen.

<sup>143</sup>

Bedömningen av arbetsoförmågan vid ett sjukdomsfall har lett fram till att Försäkringskassans personal fastställt vissa antaganden över hur lång tid som normalt kan vara att anse som arbetsoförmåga vid ett sjukdomsfall. Har Försäkringskassan väl accepterat arbetsoförmågan och beslutat om sp brukar även sjukskrivningslängden på läkarintyget accepteras, om det inte avviker från normalfallet i någon högre grad. Vid osäkerhet härom kan ytterligare bedömning begäras från någon annan expert.<sup>144</sup>

---

<sup>140</sup> Westerhäll - Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsoförmåga*, s 211

<sup>141</sup> A a s 229

<sup>142</sup> Westerhäll – Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsoförmåga*, s 213

<sup>143</sup> A a s 214

<sup>144</sup> A a s 220

Försäkringsadministrationen använder sig av den medicinska bedömningen vid beslut om arbetsoförmåga förutom när de bifaller sp p g a den profylaktiska arbetsoförmågan eller då andra villkor för att erhålla sp måste vara uppfyllda såsom arbetstid och inkomst, i de fallen är själva arbetsoförmågan inte problemet. De olika begreppen av arbetsoförmåga används för att avgöra om rätt till sp föreligger. Använder man sig av en bred tolkning av begreppet arbetsoförmåga innebär det att fler blir berättigade till sp, och om begreppet smalnas in minskar antalet grupper som då har rätt till sp p g a arbetsoförmåga. Det är viktigt att komma ihåg att med arbetsoförmåga inom försäkringsrätten avses egentligen den ersättningsberättigade arbetsoförmågan. Detta framkommer dock inte i den juridiska argumentationen på området. Där framställs arbetsoförmåga som något som i den medicinska världen klart och entydigt finns fastställt begreppsmässigt och därigenom gör gällande att det finns precisa regler för vad som skall bedömas som arbetsoförmåga. Detta hävdas för att uppnå den så viktiga legitimiteten för förtroendet för systemet.<sup>145</sup>

#### 4.9 Läkares syn på sjukskrivningsbehovet

Läkarnas bedömning av behovet av sjukskrivningstidens längd är oerhört skiftande. Enligt en studie<sup>146</sup> framkom detta när distriktsläkare ombads bedöma behovet av eventuell sjukskrivning i fyra olika fallstudier. Den läkare som hade mest sjukskrivningsdagar hade sjuttioen stycken totalt på fallstudierna, medan den läkaren med minst endast hade åtta stycken. Detta tyder på att det är svårt att vetenskapligt komma fram till vad som kan anses vara den optimala sjukskrivningstiden. Detta leder till att sjukskrivningstiden kommer att påverkas av de enskilda intygsskrivande läkarnas attityder. Dessutom är det endast en liten del av dem som söker läkare och där sjukskrivning är ett av behandlingsalternativen som inte blir sjukskrivna.<sup>147</sup> Lars Englund menar att läkarna bör betrakta sjukskrivning som ett behandlingsalternativ som kan jämföras med medicinering och att läkarna därför i analogi härmed måste vara uppmärksamma på att sjukskrivningsperioden blir den rätta, det är viktigt att verka för den bästa möjliga sjukskrivningen eftersom effekterna av felaktiga, troligen oftast för långa sjukskrivningstider, kan inverka negativt för förbättringen av patientens hälsa. Numera finns det risk för att en läkare som p g a patientens bästa på lång sikt inte sjukskriver

---

<sup>145</sup> A a s 230

<sup>146</sup> Tibblin G, Eriksson M, *Studier av sjukskrivningspraxis*, s 13f

<sup>147</sup> Englund Lars, a a s 18

patienter, där patienten själv tror sig bli bättre av att bli sjukskriven, uppfattas som en ”besvärlig” läkare.<sup>148</sup>

Enligt en rapport<sup>149</sup> 2005 framkom bl a att av läkare på vårdcentralerna upplever 80% av dem att när läkaren och patientens åsikter kring sjukskrivning går isär har läkaren svårt att hantera detta. Två tredjedelar av läkarna anser att det är svårt att avgöra arbetsförmågan, ca en fjärdedel är några gånger per år oroliga att bli anmälda p g a sjukskrivningsfrågor. Med anledning av de långa väntetiderna inom vården och hos Försäkringskassan och arbetsförmedlingen sjukskriver många läkare sina patienter längre än vad det sjukdomen kräver. Ca 90 % vill ha mer utbildning och nästan alla vill ha mer kontakter med läkare och utredare på Försäkringskassan för att bedöma fallen.<sup>150</sup>

Vid en försäkringsmedicinsk utbildning<sup>151</sup> har det framkommit att läkare inte känner sig professionella i sjukskrivningsrollen, eftersom det är mycket subjektivt tyckande som påverkar beslutsprocessen. De menar att de inte är rätt yrkeskår att bedöma arbetsförmåga, de förordar samarbete med kollegor eller andra för att kunna bedöma fallen. Läkarintygen uppfattas som ett ”referat” från patienten. En del läkare anser att sjukskrivning borde göras av någon annan än läkaren. Dessutom anser de att begreppet sjukdom är luddigt samt att läkaren inte kan avgöra hur stor arbetsförmåga patienten har.<sup>152</sup>

#### 4.10 Aspekter på sjukskrivning

Den reella pensionsåldern i Sverige är för närvarande 58 år. Dessutom förtidspensioneras en halv årskull svenskar varje år. Lars Englund menar att man bör försöka komma fram till vad som kan vara den absolut bästa sjukskrivningstiden och vad som är det bästa för den enskilde utan att det avgörs av ekonomiska skäl. Sjukskrivning skall användas på rätt sätt. Andra åtgärder än sjukskrivning för att förebygga långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar bör komma i första hand, men är sjukskrivning det bästa för patienten så skall det användas.<sup>153</sup>

---

<sup>148</sup> A a s 26

<sup>149</sup> Läkares arbete med sjukskrivning en enkätundersökning av bl a professor i socialförsäkring vid Karolinska institutet Kristina Alexandersson

<sup>150</sup> Rapporten *Läkarens arbete med sjukskrivning*, Läkartidningen nr 48 2005

<sup>151</sup> Allmänläkaren och sjukintyget

<sup>152</sup> Ohlin Elisabet, *Svårt för doktorn att säga nej till sjukskrivning*, Läkartidningen nr 48 2005

<sup>153</sup> Englund Lars, a a s 27

Det förekommer att personer blir pensionerade trots att de är friska endast därför att de inte klarar av det allt hårdare arbetslivet. Arbetsförmedling eller arbetsgivare kan inte hitta någon annan lösning. Tidigare fanns det skyddade arbeten som kunde vara ett alternativ i sådana situationer. Att sjukskriva är inte alltid rätt behandlingsalternativ eftersom det kan leda till en negativ passivisering. Det är därför bra att låta andra än enbart läkarna, såsom arbetsförmedling, Försäkringskassan och arbetsgivare hjälpa till att lösa problemen och hitta nya vägar vilket även kan resultera i färre sjukskrivningar.<sup>154</sup>

Ett problem är, som vi tidigare konstaterat, att det är den enskilde själv och inte läkaren som bäst kan avgöra om det bästa behandlingsalternativet är sjukskrivning. Graden av arbetsförmåga är dessutom svårbedömd. Sjukskrivning uppfattas ofta som en rättighet som även anses vara hälsobringande, medan det istället kan vara så att man skär bort den enskildes kontakt med arbetet, som visar sig vara en stor del av den enskildes livsinnehåll. Inställningen till sjukskrivning som enbart något positivt för hälsan kan behöva förändras. Sjukskrivning skall inte framställas som en rättighet att trakta efter, utan snarare som något som endast skall användas i oundvikliga fall. När sjukskrivningen endast skall bedömas på medicinska skäl är det inte möjligt att sjukskriva varken rättvist eller på ett sätt som leder fram till den bästa sjukskrivningen.<sup>155</sup>

Synsättet att se rätten till sjukskrivning ur endast ett medicinskt perspektiv är omöjligt eftersom vi alla är olika. Vi kan vilja arbeta fast vi i medicinsk bemärkelse skall anses ha rätt till sjukskrivning. Det är inte alltid heller helt uppenbart var skillnaden går mellan att vilja arbeta eller att kunna arbeta, liksom att gränserna även är olika mellan att vilja och inte vilja. Ett sätt att komma tillrätta med sjukskrivningsproblematiken vid framförallt de långa sjukskrivningarna kan vara att arbetsförmågan skall bedömas ur fler aspekter än den medicinska. Denna kunskap finns hos läkare, kuratorer mm men inte hos Försäkringskassan. Avsaknaden av tidsbegränsning i den svenska sjukskrivningen är något som kan behövas tas upp för diskussion. Att den inte är tidsbegränsad leder till att den enskilde får vänta onödigt länge på behandling eftersom man inte kan vara säker på att tillståndet kommer att förbättras efter ett tag om man avvaktar, men innebär även en alltför lång väntan på den rätta specialisten. En tidsbegränsning på sex månader kunde vara bra. Då kan en bedömning göras om avvaktan har förbättrat situationen eller vilken typ av behandling som skulle kunna vara

---

<sup>154</sup> Ohlin Elisabet, *Svårt för doktorn att säga nej till sjukskrivning*, Läkartidningen nr 48 2005

<sup>155</sup> Englund Lars, a s 27

aktuell. Vid yrkesrehabilitering skulle ett visst ansvar kunna åläggas arbetsgivaren. Det är inte enbart den fysiska miljön på arbetsplatsen som är avgörande utan kraft bör också läggas på trivsel, det egna ansvaret att påverka sin arbetssituation och sin framtid. Allt hänger samman och påverkar även personens arbetsförmåga. Den absolut bästa möjliga sjukskrivningen är den kortvariga, den skall hinna avslutas innan den har hunnit bli till skada. Det är viktigt att vi börjar se att riskerna med sjukskrivning kan vara större än nyttan av den.<sup>156</sup>

## 5. Läkarintyg

### 5.1 Allmänt om läkarintyg och sjukskrivning

De ökade sjukskrivningarna har lett till att utgifterna för sjukpenning 2002 var 41,3 miljarder kronor, det var en ökning från 1997 med 197%, vilket motsvarar en ökning per år med 40%. Även om arbetsgivarna finansierar sjukpenningen genom sjukförsäkringsavgiften som ingår i arbetsgivaravgifterna så har samhället mycket att vinna på att den enskilde snabbt kommer tillbaks in i arbetslivet.<sup>157</sup>

Som vi tidigare noterat har Försäkringskassan tidigare mer eller mindre aldrig ifrågasatt ett läkarintyg och därigenom nekat den enskilde sjukpenning. Detta har kommit att förändras under den senare tiden. Trots att det är fler som numera får avslag kan det ändå noteras att i mer än 99% beviljar ändå Försäkringskassan sjukpenning vid läkarintyg. I maj 2005 utbetalades sjukpenning till 217 399 personer. De ökade avslagen medför att ca 1500 personer varje månad nekas sjukpenning.<sup>158</sup> Regeringen lade i sin budgetproposition för 2003 fram en rad åtgärder för att minska ohälsotalet. Bl a föreslogs att när läkarintyg avseende sjukskrivning skrivs skall de i första hand omfatta endast partiell sjukskrivning. Detta skall vara utgångspunkten eftersom det optimala för att bli frisk inte alltid är hel sjukskrivning. Eftersom det krävs att arbetsförmågan måste vara nedsatt för att ha rätt att bli sjukskriven räcker det därför inte alltid med ett läkarintyg för att bli sjukskriven. Den enskilde kan vara förmögen att arbeta åtminstone delvis t ex med olika hjälpmedel.<sup>159</sup>

---

<sup>156</sup> A s 27

<sup>157</sup> Ds 2002:63, *Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron*, s 10f

<sup>158</sup> Gunnarsdotter Sara, *Allt fler nekas sjukpenning trots läkarintyg*, Läkartidningen nr 39 2005

<sup>159</sup> Regeringskansliet, rapport från trepartssamtalen, *Hur mår du Ett arbetsliv för alla*.



Regeringen föreslog även i budgetpropositionen för 2003 olika åtgärder för att minska ohälsotalet, bl a som vi tidigare nämnt, att utgångspunkten skall vara partiell sjukskrivning vid läkarintyg, läkare skall få mer utbildning i försäkringsmedicin och ett nytt läkarintyg, en s k ”second opinion” skall inhämtas i vissa fall efter åtta veckors sjukskrivning, från en läkare med specialistkunskaper inom försäkringsmedicin.<sup>160</sup>

Även i SOU 2000:121 påpekades att ett läkarintyg inte alltid räcker som grund för att bli sjukskriven och erhålla sjukpenning. Komplettering kan göras, vilket utredningen ville framhålla att det borde göras mer regelmässigt.<sup>161</sup>

AHA (Analys av hälsa och arbete) menar att det finns två huvudanledningar till den ökade sjukskrivningen, nämligen den demografiska d v s beroende på den allt äldre befolkningen och den psykosociala. Enligt den har det blivit accepterat att sjukskriva när den enskilde inte orkar med ett arbete med hög ansträngning, d v s den enskilde är i egentlig mening inte sjuk utan enbart arbetsoförmögen till sitt nuvarande arbete/arbetsbelastningen.<sup>162</sup>

## 5.2 Reglering av läkarintyget

I de lagar som reglerar hälso- och sjukvården saknas uttryckligt författningsstöd för sjukskrivningsprocessen vilket innebär att man istället får titta på de allmänna kvalitetskrav som finns i lagarna. Krav på god och säker vård, vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, kvalitetssystem är exempel sådana allmänna krav.

Socialstyrelsen har givit ut en föreskrift om själva avfattandet av intyg för hälso- och sjukvårdspersonal där vissa riktlinjer anges<sup>163</sup>. Av anvisningarna framgår bl a att det krävs en personlig undersökning eller att den intygsskrivande ska ha haft kontakt med den berörda personen. Det sägs också att intyg utfärdaren bör ta reda på vad intyget ska användas till, att den som utfärdar intyget ska hålla sig objektiv i förhållande till den som begärt intyget, dessutom ska ”uttalandena i ett intyg ska vara så fullständiga och otvetydiga som möjligt” och

---

<sup>160</sup> Ds 2002:63 s 41f

<sup>161</sup> SOU 2000:121, *Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag*, s 188

<sup>162</sup> Olsson Irene, *Registreringar fel sätt mot sjukskrivningar*, Läkartidningen nr 35 2002

<sup>163</sup> SOSFS 1981:25; *Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m.m.*

till sist anges att om det finns en blankett för det intyg som ska utfärdas, som är fastställt av Socialstyrelsen, ska denna omfatta alla de uppgifter som efterfrågas.

Socialstyrelsen fick i uppdrag av regeringen<sup>164</sup> att se över tillsynen över läkares utfärdande av intyg. Den tillsatta utredningen lämnade rapport i januari 2004 och meddelade då att det fortfarande var de riktlinjer vilka regleras i SOSFS 1981:25; *Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m.m.*, som är gällande. En översyn kommer att ske och föreskrifterna kommer att förnyas inom en snar framtid. Målet var att dessa nya regler skulle avges i januari 2005 vilket ännu inte har skett.<sup>165</sup>

Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning, SOSFS 1992:16, är ytterligare en föreskrift vilken är rättsligt bindande och har lämnats av nämnda tillsynsmyndighet. I föreskriften anges inte endast råd till läkaren i dennes roll i sjukskrivningsprocessen. De angivna råden riktar sig även till Försäkringskassan, företagshälsovården samt arbetsgivaren. Socialstyrelsen behandlar även sjukfrånvarons hälsoeffekter, samhällsekonomiska konsekvenser av sjukfrånvaron, sjukskrivning som behandlingsmetod m.m. Med anledning av att det är läkarens ansvar, vilket är av intresse för vår uppsats, väljer vi att beröra de av socialstyrelsen angivna råden till läkaren. Här anges att det är läkarens uppgift att utföra en bedömning av patientens funktionsförmåga och återge detta så tillfredställande som möjligt. Vidare skall läkarna fästa avseende vid att sjukskrivning är en behandlingsmetod, vilken är att anse som mycket betydelsefull. För att bistå läkarna i sjukskrivningsprocessen anges en rad frågor som bör ställas till patienten innan ett sjukintyg utfärdas. De angivna frågorna syftar till att i så stor utsträckning som möjligt inte sjukskriva patienten, åtminstone inte helt. Läkaren ska i möjligaste mån se till att patienten försöker att arbeta deltid för att undgå de negativa konsekvenser som en sjukskrivning kan medföra enligt Socialstyrelsen. Depression och social isolering är de två negativa konsekvenser som exemplifieras i den angivna bestämmelsen. Socialstyrelsen avslutar sin föreskrift med att understryka att det är angeläget att ”väntetider till undersökningar, behandlingar och funktionsträning så långt som möjligt undviks eller förkortas”. Härav kan slutsatsen dras att en stor del av orsakerna till långtidssjukskrivningarna kanske faktiskt ligger i de långa vårdköer som förekommer i stor omfattning inom flera

---

<sup>164</sup> I regeringsbrevet för budgetåret 2003

<sup>165</sup> Socialstyrelsen, *Tillsyn över försäkringsläkare: rapport med anledning av regeringsuppdraget*, Dnr 00-10798/03

vårdområden. Ansvar ska måhända återföras till regeringen och den vårdpolitik som förs. Hur ska ohälsotalet kunna halveras om inte tillräcklig vård kan erbjudas?

### 5.3 Läkarintygets bevisvärde

Läkaren skall i sitt intyg till Försäkringskassan styrka att patienten lider av en sjukdom som sätter ner arbetsförmågan i sådan omfattning att arbete inte alls eller enbart till viss del är möjligt<sup>166</sup>.

I proposition 1994/95:147<sup>167</sup> klargörs att ett läkarintyg eller ett läkarutlåtande bara är en del i det underlag som ligger till grund för den försäkringsrättsliga bedömningen i en fråga om rätt till sjukpenning. Vidare anför emellertid att ett läkarintyg besitter ett så starkt bevisvärde att detta svårligen kan ifrågasättas av handläggare på Försäkringskassan och inte heller att handläggare skulle ta ett beslut i strid mot ett läkarintyg för att det inte ”i tillräcklig grad styrker rätten till sjukpenning”. Orsaken till detta starka bevisvärde förmodas vara att en sjukskrivning av den behandlande läkaren ”av hävd oftast inte kan eller i vart fall inte bör ifrågasättas”. Traditionen kan sägas ha förändrats radikalt efter SOU 2000:121<sup>168</sup> där det angavs att Försäkringskassan rutinmässigt borde begära ett fördjupat underlag inför beslut om rätt till sjukpenning<sup>169</sup>. Tio år tillbaka i tiden var det däremot mycket sällsynt att Försäkringskassan ifrågasatte en läkares sjukintyg, även om samma regler gällde då beträffande Försäkringskassans beslutsrätt och läkares rekommendation<sup>170</sup>.

Inom förvaltningsrätten gäller principen om fri bevisföring. Detta innebär att den som är part i ärendet får fritt framföra olika slag av bevis. Myndigheten får sedan fritt bedöma värdet av dessa, enligt den sk ”principen om fri bevisvärdering”. Myndigheten får härvid ta hänsyn till alla de faktorer som påverkar bevisningen, såsom den allmänna trovärdigheten hos parten och dennes sakkunskap. Inom förvaltningsrätten gäller officialprincipen, vilket innebär att ansvaret för utredningen huvudsakligen ligger på myndigheten. Denna gäller även vid brister i bevisningen men räcker här olika långt, detta medför att den enskilde själv beträffande gynnande beslut har bevisbördan för att han har rätt till den förmån han sökt. När det istället

---

<sup>166</sup> 3 kap 8§ 2 st Lag (1962:381) om allmän försäkring

<sup>167</sup> Proposition 1994/95:147, *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta*, s 33

<sup>168</sup> SOU 2000:121, *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag*

<sup>169</sup> SOU 2000:121 s 188

<sup>170</sup> Lindvall Peter, *Har inte försäkringskassan missuppfattat sin roll vid sjukskrivning?*, Läkartidningen, nr 46 1999

gäller betungande beslut, då en ansökan om någon form av bistånd från den enskilde avslås, har myndigheten rent principiellt bevisbördan.<sup>171</sup>

Beträffande förvaltningsdomstolar, dit Försäkringskassans beslut överklagas, gäller enligt 8 § Förvaltningsprocesslagen (FvPL) att *”Rätten skall tillse att mål blir så utrett som dess beskaffenhet kräver”*. Hur vidsträckt denna skyldighet är beror på ärendets ”beskaffenhet”. Ett relativt stort ansvar ligger på den enskilde själv att inkomma med material, rätten kan därför anmoda parten att inkomma med komplettering<sup>172</sup>, men rätten skall även själv inhämta yttranden och utredningar. Det bör uppmärksammas att detta enbart gäller Förvaltningsprocesslagen och inte Förvaltningslagen. Förvaltningsmyndigheter omfattas dock, som vi tidigare nämnt, av officialprincipen<sup>173</sup>

I förenlighet med rättsprincipen om fri bevisföring bör läkarintyget kunna ses om ett bevismaterial för den försäkrade och en begränsning i läkarens rätt att skriva sjukintyg borde följaktligen bedömas som en inskränkning i individens rätt att ackumulera och framföra sina grunder för rätt till ersättning från sjukförsäkringen,<sup>174</sup> vilket inte kan vara förenligt med den rättstat som Sverige utger sig vara.

## 5.4 Läkarens roll

Vid införandet av en obligatorisk sjukförsäkring kom normen att bli att läkarintyg begärdes in från den åttonde sjukdagen, det fanns alltså inget lagstöd för detta. Läkarna fick därigenom en större roll i systemet eftersom dessa utfärdade läkarintygen. Läkarintyg infordrades som en försäkrans om att sjukdomsfall förelåg. Läkarna spelade också en viktig roll beträffande bedömning av rehabiliteringsåtgärder. Försäkringskassorna började även anställa s k förtroendeläkare vars uppgift var att informera de intygsskrivande läkarna om sjukförsäkringssystemet, samt även kontrollera så att systemet inte missbrukades. Detta gjordes genom att även förtroendeläkarna utförde medicinska bedömningar och kom med förslag på åtgärder.<sup>175</sup>

---

<sup>171</sup> Bohlin Alf, Warnling-Nerep Wiweka, Förvaltningsrättens grunder, s 147ff

<sup>172</sup> 8§ 2 st Förvaltningsprocesslag (1971:291)

<sup>173</sup> Bohlin Alf, Warnling-Nerep Wiweka, a a s 104ff

<sup>174</sup> Grewin Bernhard, *Rör inte rätten att skriva sjukintyg*, Läkartidningen nr 7 2000

<sup>175</sup> Lindquist Rafael, a a s 132

Läkarna har fortfarande kvar sin roll som intygsskrivare. Det är dessutom så att läkarnas bedömning av vad som skall anses omfattas av sjukdomsbegreppet oftast är det begrepp som är gällande även inom sjukförsäkringen. Detta innebär att läkarintyg så gott som uteslutande innebär rätt till sjukpenning från Försäkringskassan. Att läkarnas sjukdomsbegrepp har fått ett så starkt fäste beror troligen på att det har framstått som ett objektiva mått som inte väckt någon anstöt. Socialpolitiken har härigenom kunnat dölja sina politiska ambitioner, där de bl a skall skiljas mellan de som inte kan och de som inte vill arbeta. Läkarna har blivit en slags grindvakt för systemet. Detta kan även innebära problem för läkarna eftersom deras bedömning av arbetsförmågan hos den enskilde och dennes arbetssituation kan vara svår att avgöra. Oftast har läkarna ingen utbildning inom detta område. Det är inte heller lätt att känna till vad för slags arbetsförmåga som krävs på olika arbetsplatser.<sup>176</sup>

Läkarintyget är ett verktyg för att överhuvudtaget ges möjlighet att få sjukpenning, och därigenom få ersättning från trygghetssystemet. Men läkarintyget kan också vara ett sätt att komma tillbaks ut i arbetslivet. För det krävs att läkarna gör riktiga utlåtanden av den enskildes hälsotillstånd och dennes arbetsförmåga.<sup>177</sup>

Den medicinska grunden vid Försäkringskassans beslut om beviljande av sjukpenning är läkarintyget. Det är läkarna som skall utfärda intyget,<sup>178</sup> men det är också viktigt att den enskilde patienten görs uppmärksam på att ett läkarintyg inte automatiskt ger rätt till sjukpenning. Försäkringskassan kan begära in ytterligare utlåtanden och utredningar innan de ev tillstyrker sjukpenning<sup>179</sup>. Sjukskrivning är en medicinsk behandling varav följer att en läkare som skall besluta om att sjukskriva en patient bör anse det vara klarlagt att det är en positiv åtgärd för patientens tillfrisknande<sup>180</sup>. I intyget skall det framgå vad för behandling eller annan åtgärd, såsom rehabilitering, som är aktuell i det enskilda fallet samt arbetsförmågans omfattning och hur länge den kan beräknas pågå. Eftersom det inte finns några författningskrav för det läkarintyg som lämnas in till arbetsgivaren används samma intyg till arbetsgivaren som till Försäkringskassan. Det väsentliga i intyget är att den enskildes arbetsförmåga klargörs noggrant samt hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan.<sup>181</sup> Läkaren skall bedöma om sjukdomen påverkar den enskildes arbetsförmåga och ställa en diagnos.

---

<sup>176</sup> Lindquist Rafael, a a s 163

<sup>177</sup> Ds 2003:63, *Den svenska sjukan II – regelverk och försäkringsmedicinska bedömningar i åtta länder*, s 75

<sup>178</sup> Järvholm Bengt, Olofsson Christer, *Sjukskrivningsboken*, s 27

<sup>179</sup> SOU 2000:121 s 188

<sup>180</sup> Järvholm Bengt, Olofsson Christer, a a s 35ff

<sup>181</sup> A a s 27

Naturligtvis bör den behandlande läkaren förhålla sig objektiv i förhållandet till den enskilde patienten och en ev sjukskrivning. Juridiskt sett är det dock inte läkaren utan Försäkringskassan som beslutar vem som har rätt till sjukpenning och sjukskrivning.<sup>182</sup>

## 5.5 Problem med underlaget till sjukskrivningsbegreppet i läkarintyget

Det finns ingen enhetlighet beträffande sjukskrivningarna, vilket är ett problem. Svårigheterna gäller framförallt sjukdomstillstånd som kronisk trötthet och depressioner snarare än vid somatiska sjukdomar såsom benbrott.<sup>183</sup>

Som vi tidigare konstaterat har läkare endast obetydlig försäkringsmedicinsk utbildning och kunskap kring intygsskrivande. Detta är en av anledningarna till de stora variationerna som föreligger vid läkarintyg för sjukskrivning. En annan anledning är att det ofta är den enskilde patienten som mer eller mindre avgör om hon skall bli sjukskriven eller inte. Regeringen har uppfattat detta som ett problem. De anser att det finns ett behov av fler försäkringsläkare som kan ge råd till läkarna beträffande sjukskrivningsregler. En kompetensutbildning behövs på området så att de felaktiga sjukskrivningarna minimeras. Detta är viktigt eftersom den enskilde genom en felaktig långvarig sjukskrivning kan drabbas av ett ”utanförskap” från arbetslivet.<sup>184</sup>

Göran Blennow<sup>185</sup> menar att det inte behöver vara ett problem att sjukdomsbegreppet har vidgats. Det skulle kunna klaras upp genom att sjukfallen bedömdes mer försäkringsmässigt, istället för att automatiskt bedöma sjukskrivning som nödvändig under hela läkningstiden, även om den enskilde i själva verket är arbetsför tidigare. I förarbetena framkommer att läkaren i intyget skall bedöma arbetsförmågan i relation till arbetsuppgiften, samt om den enskilde behöver avstå från förvärvsarbete. Det är egentligen omöjligt för läkarna att vara experter i det enskilda fallet på vad som krävs för att vara arbetsförmögen eller inte. Det som läkarna kan göra är att noggrant förklara sjukdomens konsekvenser och hur dessa påverkar

---

<sup>182</sup> A a s 32

<sup>183</sup> Fredenberg Sune, *Något objektiva mått på arbetsförmåga har vi läkare tyvärr inte*, Läkartidningen nr 11 2004

<sup>184</sup> SOU 2000:121, Bilaga 2 s 136 ff,

<sup>185</sup> försäkringsläkare på Riksförsäkringsverket numera FK

den enskilde och dennes arbetsförmåga. Attityden i samhället är avgörande, som t ex att en hel sjukskrivning vid benbrott inte alltid nödvändig inom alla yrkeskategorier.<sup>186</sup>

## 5.6 Sjukskrivningar och samhällsekonomin

Sjukförsäkringen är en del av socialförsäkringssystemet, som skall kompensera den försäkrade vid inkomstbortfall. Joakim Färdow<sup>187</sup> tar bl a upp frågan om sjukskrivning är var och ens rättighet vid sjukdom som ges vid en begäran från patienten eller om det faktiskt är något som enbart skall ordinerar av läkaren? Läkarens roll i sjukskrivningsprocessen är att bedöma det rent medicinska sjukdomstillståndet och den enskildes arbetsförmåga. Att bedöma arbetsförmågan på ett objektivt sätt är mer eller mindre omöjligt för en läkare att göra. Eftersom detta är omöjligt är en ståndpunkt att det mest skäligen får anses vara att läkaren litar på sin patient, och att det sedermera åligger försäkringssystemets företrädare att kontrollera patientens uppgifter, det tillfaller inte läkaren. En motsatt ståndpunkt är att läkaren ordinerar sjukskrivning som en behandlingsform bland andra, i en sådan process krävs högt ställda krav på detta redskap. Det finns alltså en begreppsförvirring beträffande läkarens roll i sjukskrivningsprocessen. En del i uppgiften att komma tillrätta med problemet är att klargöra denna roll. Det ligger dock inte på läkarens ansvarsområde att lösa samhällsekonomiska problem, såsom de skenande kostnaderna för sjukskrivningarna.<sup>188</sup>

Sjukförsäkringen borde bli mera försäkringsmässig menar Anna Hedborg<sup>189</sup>. Används försäkringen olika hårt beroende på konjunkturen kan det leda till att människor felaktigt slås ut ur systemet. Det är därför det uppkommit en debatt kring att Försäkringskassan underkänner fler intyg nu än tidigare. Det leder lätt till uppfattningen om att det görs för att uppfylla regeringens mål om halverad sjukskrivning till 2008, när det enligt Anna Hedborg i själva verket görs för att tillämpa försäkringen striktare försäkringsmässigt i syfte att rätt ersättning skall erhållas. Försäkringen skall användas på samma sätt oberoende av samhällsekonomin. Det är viktigt att veta när den enskilde har rätt till ersättning. Det skapar

---

<sup>186</sup> Blennow Göran, *Sjukskrivningarna – korrekt och mer försäkringsmässig bedömning behövs*, Läkartidningen nr 7 2004

<sup>187</sup> specialistläkare på ögonkliniken Centrallasarettet i Växjö

<sup>188</sup> Färdow Joakim, *Sjukskrivningarna, begreppsförvirringen och vår bristande samsyn*, Läkartidningen nr 9 2004

<sup>189</sup> sjukförsäkringsutredaren och den särskilda utredaren

en trygghet, snarare än att ersättningsmöjligheterna skall hänga ihop med konjunkturen, och därmed slå ut folk när konjunkturen är sämre. ”En bättre grindvaktsfunktion är alternativet”, enligt Hedborg.<sup>190</sup>

Läkarintygen behövs göras bättre. Det bör framgå om den enskilde uppfyller kraven för sjukpenning på intyget. Det förekommer slarv med detta menar Kristina Alexandersson<sup>191</sup>. Bl a behövs kompetensutveckling och kvalitetssäkring, men även Försäkringskassan har ett ansvar. De är de som har beslutanderätten. Ofta nöjer de sig med de bristfälliga intyg som inkommer och fattar beslut, medan de istället borde begära in komplettering eller använda sig av en s k second opinion. Troligen skulle en ettårsgräns på sjukskrivningarna vara ett bra komplement eftersom detta skulle leda till ett snabbare agerande av både läkare och Försäkringskassan. Hon menar att det främsta problemet under en lång tid varit kontrollen, Försäkringskassan har inte utövat sin grindvaktsfunktion tillräckligt.<sup>192</sup>

Försäkringskassan har skärpt kontrollen, men de skulle kunna bli ännu hårdare. Det är dock bättre att vara försiktig och gå långsamt framåt i den riktningen, eftersom hårdare beslut kräver attitydförändringar som måste accepteras. Siwert Gårdestig på Försäkringskassan, menar att sjukförsäkringen tidigare har tillåtit att omfatta situationer som den inte varit avsedd för och att kontrollen kunde ha varit hårdare redan tidigare. Att maximera sjukskrivningen till ett år kan vara ett bra komplement samt en kontroll av hur deltidssjukskrivningarna används. Han förespråkar inte second opinion utan anser att försäkringsläkarna även fortsättningsvis skall vara rådgivare till handläggarna. Han ser ett behov av en bredare kompetens och kan även tänka sig olika sanktioner, såsom att ersättningen kan ifrågasättas om en sjukskriven person nekar till en rehabilitering som anses rimlig.<sup>193</sup>

Bo Mikaelsson<sup>194</sup> menar att långtidssjukskrivningar kanske inte är det bästa, vare sig för patienten eller för samhället. En ”onödig” sjukskrivning, där det är osäkert om sjukskrivningen verkligen har någon läkande effekt, leder till att resurser tas från övriga patienter där en behandling skulle ha varit nödvändig, och med säkerligen goda resultat i

---

<sup>190</sup> Ohlin Elisabeth, *Sjukförsäkringen är för mjuk* anser Anna Hedborg, Läkartidningen nr 28-29 2005

<sup>191</sup> professor vid Sektionen för personskadeprevention vid Karolinska institutet

<sup>192</sup> Alexandersson Kristina, *Försäkringskassan måste ta sitt ansvar*, Läkartidningen nr 26-27 2005

<sup>193</sup> Gårdestig Siwert, *Mycket har vi redan åtgärdat*, Läkartidningen nr 26-27 2005

<sup>194</sup> leg läkare sedan 1968 och initiativtagare till Ds 2003:63 *Den svenska sjukan*



läkeprocessen. Att sjukskriva någon för att denne inte finner sitt arbete tillräckligt motiverande är inte heller rätt väg att gå.<sup>195</sup>

## 5.7 Läkar- och patientrelationen

Enligt Eva Nilsson Bågenholm<sup>196</sup>, behöver läkarna mer tid för att kontakta andra berörda instanser i sjukskrivningsärendena, såsom den enskildes arbetsgivare och Försäkringskassan för att bedömningen av den enskildes sjukdom och arbetsoförmåga skall bli så korrekt som möjligt.<sup>197</sup> Benny Ståhlberg<sup>198</sup> har en liknande tanke, han menar att problemet med sjukskrivingarna inte beror på att allmänläkaren skulle ha för mycket makt över sjukskrivningarna. Istället har dessa läkare haft för lite tid till såväl sina patienter som till sjukskrivningsärendena. För att komma till rätta med problemet efterlyser han en ökad samverkan mellan den enskildes arbetsgivare, företagshälsovård och Försäkringskassan.<sup>199</sup>

Tomas Gillström<sup>200</sup> menar att läkarna har en svår roll eftersom de skall vara lojala både mot sina patienter och med det offentliga. Dessutom har läkarna ytterligare en dubbel roll då de både skall ställa en diagnos på den enskilde patienten samt även avgöra dennes arbetsförmåga. De här olika rollerna kan leda till konflikter eftersom läkaren har ansvar för sin patients hälsa, men även skall värna om samhällsekonomin, och för att försöka få den sjuke att bli frisk och återföra denne till sitt arbete. Vi skulle kunna ta efter andra länder där läkaren endast har att bedöma patientens medicinska tillstånd och behandla detta, medan en försäkringsläkare har uppgiften att bedöma arbetsförmågan.<sup>201</sup> Detta skulle innebära att en läkare som inte ser patienten bedömer eventuell arbetsförmågenedsättning.

Möjligheterna till alternativa arbetsuppgifter under sjukdomstiden är små, vilket är en av anledningarna till att den enskilde ofta blir sjukskriven lika länge som behandlingstiden för

---

<sup>195</sup> Mikaelsson Bo, *Replik Läkaren ska också ta sitt samhällsansvar*, Läkartidningen nr 24-25 2005

<sup>196</sup> Läkarförbundets ordförande

<sup>197</sup> Ohlin Elisabet, *Landsting, försäkringskassan och läkarna eniga om sjukskrivningsåtgärder*, Läkartidningen nr 15 2005

<sup>198</sup> distriktsläkarföreningens ordförande

<sup>199</sup> Ståhlberg Benny, *Allmänläkaren är väl så skickad*, Läkartidningen nr 26-27 2005

<sup>200</sup> leg läkare Palma de Mallorca

<sup>201</sup> Gillström Tomas, *Den svenska läkaren och försäkringskassan – annan relation önskvärd*, Läkartidningen nr 9 2004,

sjukdomen beräknas pågå, oavsett sjukdom. För att kunna komma tillrätta med detta problem måste det klargöras vem som har ansvaret för sjukskrivningarna.<sup>202</sup>

Läkarna vill kunna neka till en sjukskrivning utan att förstöra relationen till sin patient. Auktoriteten som tidigare fanns i läkaryrket har minskat, numera kan läkare som vägrar att sjukskriva bli anmälda eller uthängda i pressen. Eftersom det dessutom krävs synnerligen mycket underlag och fakta för att visa att sjukskrivning inte är det rätta behandlingsalternativet, tenderar detta till att läkarna hellre sjukskriver när patienten så önskar än tar en konflikt.<sup>203</sup>

## 5.8 Second opinion

Regeringen lade fram flera förslag i budgetpropositionen 2002/03:1 för att minska ohälsotalet. Ett av dessa förslag var att införa ett fördjupat underlag till sjukskrivningen, en s k second opinion. Detta skulle enligt budgetpropositionen göras när den sjuke varit sjukskriven längre än åtta veckor. Försäkringskassan skulle kunna inhämta ett fördjupat underlag från en annan än den behandlande läkaren beträffande den sjukskrivnes arbetsoförmåga. Detta skulle göras när Försäkringskassan inte kunde bedöma om rätt till sjukpenning förelåg enligt den behandlande läkarens medicinska utredning eller arbetsgivarens rehabiliteringsutredning. Att så höga krav skall ställas på intygen berodde enligt regeringen på att en alltför lång sjukskrivning kan leda till ett utanförskap på arbetsplatsen/arbetsmarknaden. Den enskildes möjligheter till att återgå till arbete skall inte förhindras p g a otillräckliga läkarintyg som bidrar till en längre sjukskrivning än nödvändigt. De fördjupade läkarintygen skulle enligt förslaget utfärdas av läkare som gått en fördjupad utbildning inom försäkringsmedicin.<sup>204</sup>

Enligt proposition 2002/03:89<sup>205</sup> framkom att remissinstansernas synpunkter på förslaget om ett fördjupat intyg var att avstämningsmöten, d v s ett ökat samarbete mellan berörda parter, krävdes för att få fram de uppgifter som krävs för det fördjupade beslutunderlaget. Läkarförbundet menade att avstämningsmötena helt kan ersätta de fördjupade läkarintygen, som anses onödiga. Trepartsamtalen har också kommit fram till att avstämningsmöten där den

---

<sup>202</sup> Fredin Hans, *Nytt begrepp kan frigöra invanda tankegångar*, Läkartidningen\_nr 7 2004

<sup>203</sup> Ohlin Elisabet, *Svårt för doktorn att säga nej till sjukskrivning*, Läkartidningen nr 48 2005

<sup>204</sup> Budgetproposition 2002/03:1 utgiftsområde 10 avsnitt 2.6.3 s 30

<sup>205</sup> Proposition 2002/03:89 *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*

behandlande läkaren kan samråda med övriga berörda är det som behövs snarare än att ytterligare en läkare skall göra en bedömning av patienten. Regeringen fastslog att det fördjupade beslutsunderlaget enbart skall användas som ett komplement till avstämningsmöten, och inte vara obligatoriskt. Vid långa sjukskrivningar bör finnas två olika särskilda läkarintyg: ett avseende hel sjukskrivning och ett avseende deltidssjukskrivning. Det läkarintyg som skall göra avseende hel sjukskrivning skall vara mer omfattande. Där skall utförligt motiveras orsaken till den nedsatta arbetsförmågan, det skall särskilt anges var denna består samt framgå varför den sjukskrivne bör avhålla sig av medicinska skäl från att arbeta. Dessutom skall det framgå hur den intygsskrivande läkaren har kännedom om den sjukes arbetsförhållanden. Regeringen skall meddela närmare föreskrifter avseende detta nya läkarutlåtande samt vad för krav som skall ställas på läkaren som utfärdar intygen.<sup>206</sup> Av detta framgår att det s k second opinion skall vara en trygghet för den enskilde så att bedömningen blir korrekt och att åtgärder skall sättas in. Det ställs också oerhört höga krav på den intygsskrivande läkaren, att utförligt förklara varför arbetsförmågan är nedsatt vilket inte är alldeles lätt, eftersom detta har samband med den enskildes arbetsförhållanden. Att läkaren skall känna till den sjukes arbetsförhållanden är, som vi tidigare konstaterat, mer eller mindre omöjligt, och att då utförligt förklara arbetsförmågan bör därför också bli mer eller mindre omöjligt.

### 5.8.1 Synpunkter på second opinion

Kristina Alexandersson menar att second opinion kan vara ett bra komplement till bristfälliga läkarintyg som Försäkringskassan godtar. Det skulle utgöra en slags säkerhet både för patient och läkare. Reglerna finns men har inte tillämpats i tillräcklig utsträckning och Försäkringskassan har inte utövat sin grindvaktsposition tillräckligt. Istället för att godta dessa eller begära en komplettering kan Försäkringskassan istället använda sig av en second opinion.<sup>207</sup>

Second opinion-förslaget har stött på kritik. Bl a har framhållits att det inte är troligt att en specialistläkare skulle göra en annan bedömning än kollegan redan har gjort. Att lägga tid på att kontrollera sina kollegor kan inte vara rätt väg. Ytterligare ett argument mot detta är att en

---

<sup>206</sup> Proposition 2002/03:89 s 30f

<sup>207</sup> Alexandersson Kristina, a a Läkartidningen nr 26-27 2005

annan specialist inom samma område troligen inte finns på samma ort, vilket förorsakar problem. Däremot skulle det kunna vara ett alternativ för husläkare, eftersom patienternas sjukdomar i dessa fall ofta kan ha förändrats efter 60 dagar, men framförallt att de kan bedömas av andra kollegor i närheten. Resurser kommer genom förslaget tas så andra patienter istället får en längre väntetid. Dessutom arbetar läkare redan enligt second opinionprincipen, d v s de rådgör redan på ett tidigt stadium med sina kollegor i sådana fall som t ex avser långa sjukskrivningar.<sup>208</sup>

Även Eva Nilsson Bågenholm menar att förslaget om ett nytt läkarintyg efter 60 dagar tar resurser från andra vårdgrupper. I dag finns det lika många läkare som 1998, men sjukskrivningarna har fördubblats. Redan nu finns det en tidsbrist för läkare som snarare skulle förvärras ytterligare med second opinion. Hon menar att läkarna istället behöver få mer tid för sina patienter, så det vore bra om läkaren fick tid att samråda med den enskildes arbetsgivare, Försäkringskassan och företagshälsovården, så att man gemensamt kan finna en väg ut ur långtidssjukskrivningen.<sup>209</sup> Benny Ståhlberg menar även han att det som behövs är mer tid för patienterna och inte extra läkarutlåtanden såsom second opinion, läkaren känner sin patient och kan därför bedöma situationen.<sup>210</sup>

Anders Westerlund<sup>211</sup> menar att läkarintyget kräver en hel del merarbete för läkaren. För att den enskilde skall beviljas sjukpenning på grund av läkarintyget kräver numera Försäkringskassan (tidigare Riksförsäkringsverket) att intyget måste vara ifyllt fullständigt, formellt har det visserligen alltid krävts. Saknas någon uppgift kan detta leda till att den enskilde nekas ersättning. Eftersom information om att ersättning kan komma att nekas p g a att läkaren inte fyllt i intyget korrekt går ut till den enskilde innan läkaren fått möjlighet att komplettera uppgifterna, innebär det ett onödigt orosmoment för den redan sjuke. Detta upplevs speciellt påfrestande för patienter med psykiska sjukdomar. Det påverkar även relationen mellan patienten och läkaren. Detta bör uppmärksammas, eftersom oron hos patienterna i förlängningen kan leda till att sjukskrivningen blir ännu längre.<sup>212</sup>

---

<sup>208</sup> Olsson Irene, Specialistläkare kritisk mot s-förslag gällande sjukskrivningar. Extra läkarintyg orimligt förslag, Läkartidningen nr 35 2002

<sup>209</sup> Olsson Irene, *Registreringar fel sätt mot sjukskrivningar*, Läkartidningen nr 35 2002

<sup>210</sup> Ståhlberg Benny, a a Läkartidningen nr 26-27 2005

<sup>211</sup> överläkare, specialist i allmän medicinsk invärtes medicin Mölndal

<sup>212</sup> Westerlund Anders, *RFV bör ändra instruktionerna till försäkringskassan om nya sjukintyget*, Läkartidningen nr 51-52 2004

Siwert Gårdestig menar att det är att föredra att läkaren går igenom med patienten om sjukskrivning är det bästa alternativet. Är det så, så skall detta alternativ naturligtvis användas. För att undvika onödiga orosmoment för den enskilde patienten skall intyget fyllas i så korrekt som möjligt, men patienten bör även upplysas på ett tidigt stadium om att komplettering kan komma att göras så att en sådan inte orsakar någon oro för patienten. Handläggningstiden kan förlängas av att Försäkringskassan måste begära in komplettering av intygen. Den enskilde har dock rätt till information om att sjukpenningen kan dras in eller att begäran kan avslås om inte rätt uppgifter inkommer. Detta besked kan givetvis skapa en osäkerhetskänsla för den enskilde. Det är önskvärt att läkaren redogör för sin patient att det är Försäkringskassans uppgift att besluta om sjukpenning och inte läkarens, att sjukpenning inte beviljas utan vidare bara ett läkarintyg lämnas. Läkaren skall inte känna ansvar för Försäkringskassans beslut och försvara detta. Läkarintyget som tagits i bruk är framtaget i samverkan mellan Socialstyrelsen och RFV för att få med de uppgifter som verkligen är nödvändiga. I proposition 2002/03:89<sup>213</sup> framhålls att det är oerhört viktigt att det är rätta medicinska uppgifter som används som beslutsunderlag i sjukpenningärenden. Försäkringskassans uppgift är att fatta beslut om utbetalning av sjukpenning på korrekta uppgifter och underlag, samt att följa reglerna för utbetalning. Läkarna å sin sida har att inkomma med uppgifter om den enskildes hälsa och arbetsoförmåga.<sup>214</sup>

### 5.8.2 Ohälsodeklaration alternativ till läkarintyg?

Läkaren bör istället för att fokusera på vilka arbetsuppgifter som är möjliga att utföra för patienten få fylla i vilka behandlingsalternativ och rehabiliteringsåtgärder som är nödvändiga för att få den enskilde att bli frisk, och därigenom komma tillbaks i arbete. Som en typ av intygsblankett, vilken skulle sätta press på berörda parter att få patienten frisk eller åtminstone friskare. Syftet kan ju inte endast vara att den enskilde skall bli arbetsförmögen igen, utan huvudmålet måste väl vara att den enskilde skall bli frisk.<sup>215</sup>

Ett förslag som framkommit är att som ett alternativ till läkarintyg istället införa en allmän hälsodeklaration. Läkarna skall inte behöva vara de som bär ansvar för att bedöma den

---

<sup>213</sup> Proposition 2002/03:89 *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*

<sup>214</sup> Gårdestig Siwert, *Replik Klargör läkarens roll i sjukpenningärendena*, Läkartidningen nr 51-52 2004

<sup>215</sup> Wahl Ingegerd, *I huvudet på en frustrerad psykiater*, Läkartidningen nr 43 2005

enskildes arbetsoförmåga, som inte kan bedömas objektivt. De flesta som vill bli sjukskrivna blir det ändå eftersom nästan ingen läkare nekar patienten att bli sjukskriven. Istället för att endast acceptera sjukdom som en legitim arbetsbefrielsegrund borde även andra anledningar tillåtas som en socialpolitisk rättighet. Nu innefattar sjukskrivning även dessa anledningar, och det blir då läkaren som legitimerar dem, vilket inte kan anses vara rätt. Läkaren har ansvar för patienten, men även för att tillvarata samhällets resurser på bästa sätt. Det bör även uppmärksammas att en alltför långvarig sjukskrivning ofta leder till negativa följder för den sjukskrivne, då denne under en alltför lång tid hamnar utanför arbetslivet och sedan får svårt att ta sig in igen. Alltför långvariga sjukskrivningar kan därför i vissa fall göra mer skada än nytta. Det hade varit bra om det funnits någon reglering för hur länge en sjukskrivning skall få pågå, eftersom läkare sjukskriver på subjektiva grunder utan att beakta vad det medför i kostnader. En patient kan därför vara sjukskriven på obegränsad tid, vilket inte självklart gynnar den sjukskrivne.<sup>216</sup>

Det självklara borde vara att läkare naturligtvis inte skall kalkylera med samhällets kostnader för sjukskrivningen när denne bedömer om någon bör bli sjukskriven, utan att det enbart skall bedömas utifrån den enskildes situation. Det förutsätter naturligtvis att det inte görs slentrianmässiga sjukskrivningar på diffusa grunder där det egentligen inte är befogat med en sjukskrivning. Syftet med sjukersättningen måste upprätthållas, som en inkomstgarant vid sjukdom, och inte användas som en täckmantel för att slippa arbeta.

### **5.8.3 Läkarityget i samband med rehabiliteringsåtgärder**

Att läkarna inte har fått någon direkt utbildning i försäkringsmedicin, är som tidigare nämnts, ett problem. En viss utbildning i detta har dock skett genom Försäkringskassans regi. Problemet kan istället vara att det inte finns några direkta riktlinjer att följa beträffande sjukskrivning, arbetslivsminister Hans Karlsson har planer på att inrätta en grupp som skall komma fram med riktlinjer om hur sjukskrivning skall användas, om/när det skall användas. Dessa riktlinjer har dock inte kommit ännu. Läkare har under tiden kommit ut med Sjukskrivningsboken som kan ses som ett komplement tills dessa riktlinjer är färdigställda.<sup>217</sup>

---

<sup>216</sup> Novek Jaan, *Avskaffa läkarityget inför hälsodeklaration*, Läkartidningen nr 7 2004

<sup>217</sup> Perman Einar, *Det finns riktlinjer för sjukskrivning*, Läkartidningen nr 43 2005

Åtgärder skall göras för att få de långtidssjukskrivna tillbaka in i arbete igen och som hjälp skall läkarintyget tas. Det är då meningen att läkaren skall fokusera på vad den enskilde kan uträtta för arbetsuppgifter trots sin sjukdom och arbetsoförmåga på sin nuvarande arbetsplats istället för att som nu enbart fokusera på arbetsoförmågan som leder till sjukskrivning. Detta leder till att intygsskrivandet kommer att ta längre tid. Det kan dessutom bli svårt för en läkare att bedöma vad den enskilde kan göra på sin arbetsplats, som ju inte läkaren känner till. Detta kan medföra att läkaren egentligen skulle behöva göra ett besök på den enskildes arbetsplats för att få en uppfattning om vad denne kan göra och för att kunna skriva ett korrekt läkarintyg.<sup>218</sup> Detta skulle naturligtvis innebära ett utökat behov av resurser, och läkare är det redan brist på i Sverige.

Riktlinjer som hjälpmedel vid läkarnas arbete med sjukskrivning och arbetsoförmåga skall tas fram av Försäkringskassan och Socialstyrelsen på regeringens uppdrag. Detta har efterfrågats eftersom sjukskrivningarna har sett olika ut runt om i landet, vilket bl a berott på läkarnas knappa kunskap i ämnet, men även på att riktlinjer saknats och på brist på kännedom om följden av sjukskrivning som behandlingsmetod. Riktlinjerna skall hjälpa till att ändra på det. De skall inte vara stereotypa utan det skall finnas möjlighet till att ta hänsyn till den enskilde individens sjukdomsbild, symtom och diagnos. De skall dessutom hjälpa till att göra en uppskattning av hur lång sjukskrivningen bör vara vid tunga respektive lättare arbeten. Stödet kan vara klart tidigast i december 2006 och kan komma att bl a bygga på The Medical disability advisor – workplace guidelines for disability duration av psykiatern Presley Reeds, men vara anpassad till svenska villkor. Det finns även ett önskemål om att en proffesur i försäkringsmedicin skall inrättas.<sup>219</sup>

## 6. Försäkringsmedicin och försäkringsläkare

Försäkringsmedicin är vetenskapen om hur diagnostik, behandling och förebyggande av sjukdom påverkar och påverkas av försäkringsförmåner som är baserade på medicinska kriterier<sup>220</sup>.

---

<sup>218</sup> Wahl Ingegerd, a a Läkartidningen nr 43 2005

<sup>219</sup> Ohlin Elisabet, *Beslutsstöd för sjukskrivning tas fram*, Läkartidningen nr 47 2005

<sup>220</sup> Proposition 2002/03:89 s 34

I den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare ingår försäkringsmedicin som en del. Detta mindre område utgörs av socialförsäkringsmedicin men även liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkringar liksom de försäkringar som gäller för läkemedel och de som gäller för patienter. Således finns det två slag av försäkringsläkare; de som är legitimerade läkare med specialistkompetens inom socialmedicin och de legitimerade läkare med någon annan form av specialistkompetens, t ex ortopedi.<sup>221</sup> De senast omnämnda läkarna är de som främst anlitas som försäkringsmedicinska konsulter av Försäkringskassan vilket, enligt vår mening, kan ifrågasättas då de saknar specialkunskaper inom området.

I proposition 2002/03:89 anser regeringen att utökad utbildning i försäkringsmedicin ska ges till de läkare som skriver intyg. En kortare variant av utbildningen bör i första hand rikta sig till alla läkare och en påbyggnadsutbildning som i företrädesvis skulle vända sig till försäkringsläkarna av vilka Försäkringskassan ämnar inhämta fördjupade läkarutlåtanden. En divigerande åsikt har lämnats av en av remissinstanserna; Sveriges Läkarförbund, som menar att ”utbildningen med fördjupade kunskaper i försäkringsmedicin ska vända sig till alla läkare som har behov av en sådan utbildning”.<sup>222</sup>

De brister som enligt propositionen finns när det gäller läkarintyg och läkarutlåtanden kan bero på flera bakomliggande orsaker och då inte enbart på att den behandlande läkaren inte har tillräckliga kunskaper i försäkringsmedicin. Utredningen menar också att läkarnas arbetssituation, med den tidsbrist som ofta förekommer, även kan vara ett skäl till att intygen kan anses vara bristfälliga och inte upprätthåller den kvalitet som är önskad.<sup>223</sup>

## 6.1 Försäkringsläkare

Försäkringsläkaren är tjänsteman, anställd vid Försäkringskassan för att göra medicinska bedömningar vid prövning av rätt till sjukpenning. Dessa bedömningar görs på de handlingar som framkommit genom Försäkringskassans utredning men någon undersökning av den försäkrade, vilken utredningen gäller, är däremot inte en av försäkringsläkarens

---

<sup>221</sup> Socialstyrelsen, *Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård*, s 36

<sup>222</sup> Proposition 2002/03:89 s 34

<sup>223</sup> Proposition 2002/03:89 s 35



arbetsuppgifter.<sup>224</sup> Enligt Försäkringskassan ska läkare anställda hos dem ”inte göra en egen bedömning” av den försäkrade eftersom försäkringsläkaren kan påverkas i sin bedömning av den enskildes subjektiva uppfattning och förutsätts då ha svårt att förbli neutral<sup>225</sup>. Lotta Wendel ställer frågan om det kan vara så att de rättsliga ramarna för denna yrkeskategori är så oklara med anledning av att de inte har någon direkt kontakt med patienter?<sup>226</sup>

I proposition 2002/03:89 framkommer att regeringen anser att de arbetsuppgifter som försäkringsläkarna har bör definieras<sup>227</sup>. Här framförs önskemål om ett gott samarbete med de intygsskrivande läkarna genom att en aktiv dialog bör föras mellan dessa båda läkargrupper och försäkringsläkarna ska även delta i kompetensutvecklingen för de läkare som har som uppgift att skriva intyg. Regeringen överlämnade också ett samordnaransvar till Riksförsäkringsverket<sup>228</sup> som skulle innebära ett stöd för försäkringsläkarna.

### 6.1.1 Reglering gällande försäkringsläkare

Enligt 18 kap. 15 § AFL har försäkringsläkarna följande uppgifter: I en allmän försäkringskassa skall det finnas en eller flera försäkringsläkare och försäkringstandläkare för att hjälpa Försäkringskassan med medicinsk och odontologisk sakkunskap och verka för ett gott samarbete mellan Försäkringskassan och de läkare och tandläkare som är verksamma inom Försäkringskassans område.<sup>229</sup>

Vid Försäkringskassan och dess handläggning av utredningar gäller Förvaltningslagen och denna blir också tillämplig vid försäkringsläkarens arbete. Detta innebär att officialprincipen<sup>230</sup> gäller liksom att den allmänna serviceskyldigheten<sup>231</sup> också torde vara relevant för dessa i egenskap av handläggare vid Försäkringskassan. Den medicinska bedömningen skall dessutom vara skriftlig<sup>232</sup>, vidare ska en försäkringsläkare formulera sig så

---

<sup>224</sup> Wendel Lotta, *Försäkringsläkaren – Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten*, s 245

<sup>225</sup> [www.vg.forsakringskassan.se/templates/fkvg/Sida.aspx?id=2276](http://www.vg.forsakringskassan.se/templates/fkvg/Sida.aspx?id=2276)

<sup>226</sup> Wendel Lotta, a a s 245

<sup>227</sup> Proposition 2002/03:89 s 36-37

<sup>228</sup> kommentar: RFV finns ej som myndighet sedan 2005-01-01

<sup>229</sup> Proposition 2002/03:89 s 37

<sup>230</sup> 8§ Förvaltningsprocesslag (1971:291)

<sup>231</sup> Proposition 1994/95:147 s 37

<sup>232</sup> 15§ Förvaltningslag (1986:223)

att det är lätt att förstå för gemene man<sup>233</sup>, och den försäkrade har också ”rätt att ta del av det som tillförs ärendet”<sup>234</sup>. Med stöd av proposition.1998/99:jo 1 har Försäkringskassan en skyldighet att även om bedömningen av försäkringsläkaren inte är färdig, ska den försäkrade tillåtas att ta del av denna<sup>235</sup>.

De uppgifter som försäkringsläkarna utför inom sin yrkesutövning torde också grundas på det fundament vilket hela hälso- och sjukvårdspersonalens arbete är byggt på; d v s på vetenskap och beprövad erfarenhet<sup>236</sup>. Här finns inget stadgat att detta ska gälla även försäkringsläkare men Riksförsäkringsverket har föreskrivit att ”försäkringsmedicinska utredningar skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet”<sup>237</sup>.

Som det ser ut i dag vid Försäkringskassorna och den delaktighet som försäkringsläkarna nu har så är det absolut omöjligt för den försäkrade att ta till vara sina rättigheter eftersom det är svårt att veta vad som gäller. Försäkringsläkarna har också hamnat i en motsatt position till sina kollegor, de behandlande och sjukskrivande läkarna, och den enskilde eftersom det finns en uppfattning att läkare sjukskriver i för hög utsträckning och utan tillräckliga skäl<sup>238</sup>. Regeringen eller den myndighet som regeringen beslutar om ska tillhandahålla gällande regler angående behörighetskrav, utbildning och arbetsbeskrivning för försäkringsläkare<sup>239</sup>.

### **6.1.2 Tillsyn av försäkringsläkare**

Som tjänsteman står försäkringsläkaren inte under tillsyn av varken Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) eller Socialstyrelsen, utan underordnas istället tillsyn av Justitieombudsmannen. En utredning gällande tillsynen gjordes 1991, men utredningen kom fram till att försäkringsläkarna inte skulle vara föremål för tillsyn av Socialstyrelsen. Utredningens slutsats berodde dels på att de hänvisade till att försäkringsläkarna inte deltar i den direkta patientvården utan istället medverkar som bedömare av ett medicinskt underlag inför ett beslut om eventuell ekonomisk ersättning till den enskilde. Under sådana omständigheter skulle Socialstyrelsens tillsynsområde utökas. Som en andra anledning till

---

<sup>233</sup> 7§ Förvaltningslag (1986:223)

<sup>234</sup> 16§ Förvaltningslag (1986:223)

<sup>235</sup> Wendel Lotta, a s 255

<sup>236</sup> 2 kap 1§ Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

<sup>237</sup> RFFS 2000:1 7§

<sup>238</sup> Wendel Lotta. a s 263

<sup>239</sup> Proposition 2002/03:89 s 37

konklusionen av utredningen, angavs att den bedömning som försäkringsläkarna stod för *enbart* var en del av den utredning som skulle ligga till grund för ett beslut gällande rätt till ersättning.<sup>240</sup>

Hälso- och sjukvårdsnämnden hade en motsatt åsikt och menade att försäkringsläkarna trots allt borde innefattas av den tillsyn som Socialstyrelsen utövar. Som skäl för dessa ståndpunkter angavs att denna kategori av läkare har stor inverkan på den försäkrade och dennes potentialer att påverka sitt hälsotillstånd och sin arbetsförmåga i en positiv riktning med hänvisning till de utlåtanden som dessa läkare lämnar i sin yrkesutövning<sup>241</sup>.

Diskussionen har fortsatt och Socialförsäkringsutskottet har yttrat att på grund av den tjänstemannaställning berörda läkare har vid Försäkringskassan bör de vara underställda Justitieombudsmannen men att även att brott enligt BrB 20 kap om tjänstefel kan bli aktuellt<sup>242</sup>. I betänkandet anges att:

*” En försäkringsläkare är som anställd tjänsteman vid Försäkringskassan underställd JO:s tillsyn som inte enbart omfattar de formella beslutsfattarna. Den medicinska rådgivningens innehåll kan däremot inte bli föremål för JO:s bedömning. En försäkringsläkares råd i försäkringsärendet innebär att denne med sina kunskaper och erfarenhet utifrån ett skriftligt underlag gör en medicinsk bedömning i olika avseende. Om den åsikt försäkringsläkaren därvid framfört kan anses felaktig eller mindre lämplig får i vart fall indirekt prövas på rättslig väg genom den möjlighet som finns att överklaga ett negativt beslut till en förvaltningsdomstol. Utskottet vill i sammanhanget också peka på att bestämmelserna i BRB 20 kap om tjänstefel m .m kan bli tillämpliga på en försäkringsläkare”*

I sin artikel menar Lotta Wendel att det ändå kan vara möjligt under vissa omständigheter för HSAN att granska försäkringsläkarna i deras yrkesutövning. Författaren hänvisar då till Lag(1998:531) om Yrkesverksamhet inom Hälso -och Sjukvård och dess 5 kap 7 § p 1 som berör legitimation och att denna kan återkallas ”då den legitimerade varit grovt oskicklig”

---

<sup>240</sup> Wendel Lotta, a a s 257

<sup>241</sup> Proposition 1993/94:149, bilaga3 , s 158

<sup>242</sup> Betänkande 1996/97: sfu 12, betänkande 1997/98: sfu 8

eller ”visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket”<sup>243</sup> vilket också avser handlingar som utförts vid sidan av den ”legitimerade yrkesverksamheten”<sup>244</sup>. Dessutom kan ärenden som gäller behörighet anmälas till HSAN av Justitieombudsmannen, Justitiekanslern och Socialstyrelsen<sup>245</sup>. Den bedömning som HSAN gör i ett sådant ärende är att ta ställning till om den som innehar legitimationen ”kan anses ha undergrävt den tillit allmänheten har rätt att känna till en leg. yrkesutövare”<sup>246</sup>.

Nu aktuella legaldefinitioner angående vad som räknas som Hälso- och sjukvård, vem som ska räknas till hälso- och sjukvårdspersonal samt vad som gäller för tillsyn av sådan personal, återfinns i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område:

*1§ HSL*

*Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador..*

*6 kap. 1 § 1 stycket LYHS*

*Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Socialstyrelsen.*

Försäkringsläkarna är en del av handläggningen och utredningen vid sjukersättningsärenden samt har sin läkarlegitimation i botten och borde således vara att räkna till hälso- och sjukvårdspersonal, men i förarbetena till de lagar som föregått LYHS finns klargörande uttalanden om tillsynens omfattning och avgränsningar. Den genomgående inställningen från lagstiftarens sida har varit att tillsynen skall omfatta den personal som har arbetsuppgifter med klar anknytning till den individuella vården av patienter.<sup>247</sup>

---

<sup>243</sup> Wendel Lotta, a a s 258

<sup>244</sup> SOU 1978:26, Medicinalansvarskommitténs betänkande gällande Hälso- och sjukvårdspersonalen, s 161

<sup>245</sup> 7 kap 7§ Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

<sup>246</sup> Wendel Lotta, a a s 258

<sup>247</sup> A a s 258

## **7. Rättsprinciper och organisation**

### **7.1 Försäkringskassans verksamhet**

Försäkringskassan är sedan 1 januari 2005 en statlig myndighet som ersatt förutvarande Riksförsäkringsverket. Såsom en central förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen regleras verksamheten i AFL 18 kap samt genom de instruktioner som lämnas av regeringen. Myndigheten har ett stort antal uppgifter att sköta och däribland kan nämnas att de ska utreda och fatta beslut i olika ärenden inom det område vilket de är tilldelade, de ska även meddela nödvändiga föreskrifter, biträda regeringen inom sitt verksamhetsområde, samordna rehabilitering samt också ge allmänheten en god och lättförståelig information inom socialförsäkringens område.<sup>248</sup>

### **7.2 Försäkringskassans ärendehandläggning**

Försäkringskassans handläggare bereder och beslutar i första hand i merparten av de försäkringsärenden som utreds medan ett antal ärenden tas upp och avgörs i socialförsäkringsnämnder. De ärenden som framför allt kommer ifråga hos socialförsäkringsnämnderna är de som kan sägas vara av särskilt stor vikt för den enskildes ekonomiska trygghet parallellt med att dessa avgöranden också inrymmer en betydande del avvägning och skälighetsbedömning. Sådana ärenden kan då röra sjuk- och aktivitetsersättning, handikappersättning, vårdbidrag, assistansersättning, bilstöd till handikappade och arbetsskadeförsäkringen.<sup>249</sup>

Vid ärendehandläggning i Försäkringskassa eller socialförsäkringsnämnd är rättssäkerhet en förutsättning för att den enskilde skall ha möjlighet att påverka ett beslut. Rättssäkerhet består av en formell och en materiell del. Den formella rättssäkerheten omfattar kraven på förutsebarhet, legalitet, enhetlig rättstillämpning och överklagbarhet under det att den materiella rättssäkerheten anges av innehållet i ett beslut.

En förutsättning för att förutsebarhet ska finnas är att Försäkringskassan följer angivna grundregler vilka ska vara klara och entydiga, så att de försäkrade har möjlighet att

---

<sup>248</sup> SFS 2004:1299 2§ p 1-9; *Förordning med instruktion för Försäkringskassan*

<sup>249</sup> [www.fk.se/press/organisation](http://www.fk.se/press/organisation) 2005-11-16

kontrollera att de efterföljande besluten sedan stämmer överens med fastställda regler<sup>250</sup>. Ett fundamentalt rättssäkerhetskrav, är att en person som innefattas av socialförsäkringen skäligen bör ha möjlighet att förutse om och i vilken mån kompensation för inkomstbortfall kommer att erläggas vid eventuell sjukdom<sup>251</sup>. De ständiga lagändringarna i ersättningssystemet påverkar givetvis förutsebarheten negativt<sup>252</sup> då förutsebarheten kräver ”ett elementärt rättslagn”<sup>253</sup>.

Relaterat till de beslut som tagits under åren sedan renodlingsprincipen genomfördes, är förutsebarheten mycket liten eller obefintlig för den försäkrade, enligt vår mening. Att den enskilde enligt egen uppfattning, samt även läkares, har erhållit ett sjukintyg innebär inte automatiskt att sjukpenning kommer att erhållas. Det är förmågan att arbeta som avgör rätten till sjukpenning. Information om dessa regler ges i olika former på t ex vårdcentraler, vilket dock inte ökar förutsebarheten för den som är sjuk.

Försäkringskassan skall alltid ha stöd i lagen för de beslut som fattas vilket framgår av legalitetsprincipen i RF 1:1§ som anför att ” *Den offentliga makten utövas under lagarna*”.

Westerhäll tar i sin artikel upp den legitimerande verkan som den juridiska argumentationen ger begreppet arbetsoförmåga genom att använda begreppet som om arbetsoförmåga vore en känd och väl preciserad medicinsk kunskap när det i själva verket handlar om att begreppet kan tolkas utifrån de mål som regeringen ställer upp gällande ohälsotal och antalet ersättningsberättigade<sup>254</sup>. Bedrivs en tolkning av begreppet som är frikostig kommer detta att innebära att fler har möjlighet att erhålla ersättning, samtidigt som en striktare tolkning minskar antalet ersättningsberättigade. Vidare framhåller Westerhäll att det ”medicinska innehållet är det fundament på vilket det rättsliga innehållet vilar” och med detta pekar författaren på att de båda sjukdomsbegreppen - det sjukförsäkringsrättsliga och det medicinska - måste motsvaras av varandra för att det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet skall vara trovärdigt och erhålla legitimitet<sup>255</sup>.

---

<sup>250</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 567

<sup>251</sup> Erhag Thomas, *Socialförsäkringen och det nya pensionssystemet -Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, s 128

<sup>252</sup> Erhag Thomas, a a s 136

<sup>253</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, a a s 569

<sup>254</sup> Westerhäll Lotta, *Rättsliga aspekter på arbetsoförmåga på grund av sjukdom*, Socialmedicinsk Tidskrift nr 8-9 1997 s 362

<sup>255</sup> A a s 357

Vid handläggning och beslut av Försäkringskassan har de att *"beakta allas likhet inför lagen samt iakttaga saklighet och opartiskhet"* i enlighet med legalitetsprincipen, RF 1:9§. Föreliggande princip innebär att tillämpning av lagen skall vara lika för alla medborgare – de försäkrade ska kunna fordra att lika ärenden behandlas lika. Likabehandling kräver att Försäkringskassan har en resurstillgång som är jämn, att personalens duglighet och koncentrationen av handläggningen befinner sig på rätt nivå.<sup>256</sup> Undersökning visar att Försäkringskassor i olika delar av landet bereder ärenden på olika sätt.<sup>257</sup> Detta är inte tillfredställande ur likhetsprincipiell synpunkt.

Den s k tillitsprincipen är nära förenad med likhetsprincipen och båda principerna fordrar att mycket goda grunder är för handen för att kunna rättfärdiga begränsningar som görs eller ska göras i de existerande trygghetsförmånerna.<sup>258</sup>

Försäkringskassan bereder, handlägger och beslutar således i ärende gällande rätt till sjukpenning. I de fall den försäkrade nekas rätt till sjukpenning lämnas Försäkringskassan följande meddelande: *"Vi har bedömt att ytterligare utredning behövs innan vi kan avgöra om du har rätt till sjukpenning. Under tiden utredningen sker kommer ingen utbetalning att göras. Förutsättningen för att utbetalning ska kunna göras är att vår utredning visar att du har sådan nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom som krävs"*<sup>259</sup>. Under dessa förhållanden uppkommer frågan om vilka möjligheter den enskilde har att ta tillvara sin rätt. För att den försäkrade ska ha möjlighet att överklaga måste en rättighet föreligga och därmed vara utkrävbar. Som tidigare nämnts måste det finnas en regel som är klar och tydlig så att den enskilde kan granska om beslutet är förenligt med gällande rätt eller om vederbörande har förutsättningar för att begära omprövning av det underrättade beslutet<sup>260</sup>. Såsom 3:7§ Lag om allmän försäkring numera anges är denna författning otydlig och svårtolkad, enligt vår mening. Lagrummet ger inte den enskilde de förutsättningar som krävs för att denne utan svårighet ska kunna utläsa om det beslut som lämnats av Försäkringskassan överensstämmer med gällande rätt. Den försäkrades möjligheter att argumentera vid en omprövning tenderar att bli mycket små, då det uppstår problem att fastställa vilken rätt vederbörande har att kräva.

---

<sup>256</sup> SOU 2003:63, *En sammanhållen administration av socialförsäkringen*, s 109

<sup>257</sup> Regeringens faktablad, Socialdepartementet nr 8 2003

<sup>258</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, s 568

<sup>259</sup> Göteborgs-Posten, *100-tals får avslag trots sjukintyg*, 2005-06-27

<sup>260</sup> Vahlne Westerhäll Lotta, a a s 567

Vidare kan för den försäkrade en överklagan av Försäkringskassans beslut innebära en ekonomiskt kännbar situation, varför det tidigare var möjligt att erhålla rättshjälp. Dylik hjälp utgick tidigare enligt Rätthjälpslagen då det fanns möjlighet att få hjälp med den skriftliga delen av överklagan vad gällde formulering, argumentation etc. Denna rättshjälp försvann så gott som helt 1990 då reglerna förändrades och det blev näst intill omöjligt att uppbära sådan hjälp för den försäkrade.<sup>261</sup> Inte heller det rättsskydd som omfattas av hemförsäkringen inkluderar juridisk hjälp vid tvist med Försäkringskassan<sup>262</sup>. Lars Boström, som varit juridiskt ombud för ett flertal som nekats sjukpenning<sup>263</sup>, anser att det är mycket märkligt att en person som begår ett brott har rätt till en offentlig försvarare, men en individ som arbetat i många år och blir sjuk men nekats ersättning, måste betala advokatkostnader själv. Att kunna argumentera för sin sak i rätten är inte självklart därför är det ett rättsäkerhetsproblem i det svenska samhället att medborgarna här inte har tillgång till vad som i USA kalls för "access to justice", d v s rätt till rätt<sup>264</sup>. I en av Göteborgs-Posten publicerad artikel, uttalar sig Dennis Töllborg, professor i Rättsvetenskap vid Göteborgs universitet, om att den rättshjälp som svenskarna numera saknar i förvaltningsdomstolar vilar på illusionen om att myndigheter, såsom Försäkringskassan, inte begår några misstag. Dessutom anser professorn att sjukpenningen idag betraktas som en gåva och inte alls den rättighet det egentligen är. Töllborg är också kritisk mot att besluten vid Försäkringskassan fattas av handläggare utan juridisk utbildning vilket innebär att besluten fattas "som de alltid har gjort" och detta leder i sin tur till en "total rättslöshet" som Töllborg uttrycker det. Även Försäkringskassans försäkringsdirektör menar att det skulle vara välkommet med en rätt till juridiskt ombud för de personer som nekats rätt till ersättning, eftersom det naturligtvis innebär ett stort problem för den enskilde att på grund av ett negativt beslut bli av med sitt uppehälle.<sup>265</sup>

---

<sup>261</sup> A a s 554

<sup>262</sup> Göteborgs-Posten, *Sjuka får betala advokaten själva*, 2005-07-12

<sup>263</sup> Göteborgs-Posten, A a , 2005-07-12

<sup>264</sup> Göteborgs-Posten, A a , 2005-07-12

<sup>265</sup> Göteborgs-Posten, *Det finns en myt om att myndigheter aldrig gör fel*, 2005-07-12



## 8. Sammanfattning och analys

### 8.1 Resumé

Syftet med vår uppsats är att belysa läkarintygets betydelse som beslutsunderlag vid Försäkringskassans bedömning beträffande den enskildes rätt till sjukpenning. Rätten till sjukpenning är ett högaktuellt ämne då allt fler nekas ersättning enligt AFL trots läkarintyg.

Denna skärpning i Försäkringskassans bedömning beror på det höga ohälsotalet som vi har i Sverige och regeringens mål att halvera detta till 2008. Detta mål kan uppnås antingen rent statistiskt, d v s genom att förtidspensionera och att inte bevilja sjukpenning i lika hög omfattning som tidigare, även till dem som egentligen är berättigade till sjukpenning. Det kan också uppnås genom att de sjuka verkligen blir friska.

För att ha rätt till sjukpenning måste arbetsförmågan vara nedsatt med minst en fjärdedel. Den enskilde måste vara sjuk i enlighet med vad som innefattas i sjukdomsbegreppet och dessutom vara arbetsoförmögen. Det krävs även att vederbörande inkommer med ett läkarintyg från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen.

Sjukdomsbegreppet är inte klart och entydigt på något sätt. Det kan tolkas på ett strikt biologiskt sätt där det endast är objektiva tecken på sjukdom som är det avgörande, men det kan också tolkas så att hänsyn tas till både objektiva och subjektiva symtom, enligt det socialmedicinska begreppet. Det medicinska objektiva sjukdomsbegreppet uppfattas även olika av olika personer. Begreppet är inte heller homogent utan förändras över tiden. Begreppets utveckling leder ständigt till diskussioner om ”nya” sjukdomar skall omfattas, om ”gamla” sjukdomar kanske skall uteslutas o s v. Till viss det beror detta även på forskning och utveckling av förmågan att bota tidigare obotliga sjukdomar. Sjukdomsbegreppet inom socialförsäkringen fastslogs i 1944års socialvårdskommitté. Redan då uppstod problem avseende omfattningen av begreppet, då bl a missbildningar, efter kritik från Socialvårdskommittén, kom att innefattas.

Det tillämpade sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet stämmer bäst överens med det biologiska. Detta beror troligen på att det är enligt detta synsätt det är lättast att avgöra om en sjukdom föreligger. Det är dock det socialmedicinska begreppet som bäst stämmer överens med avsikten med sjukförsäkringen, eftersom syftet är att vara en ekonomisk trygghet för den enskilde när denne p g a sjukdom är förhindrad att arbeta.

I vår uppsats har vi kommit fram till att de olika sjukdomsbegreppen lätt blandas ihop och därför blir diffusa. Det har åtminstone fram till alldeles nyligen varit en vanligt förekommande uppfattning att är en individ sjuk och får ett läkarintyg så blir denne automatiskt sjukskriven och beviljad sjukpenning och om en person t ex brutit benet är vederbörande självklart sjukskriven till dess gipset tas av och denne går utan kryckor, även om personen ifråga egentligen hade klarat att utföra sitt arbete med gipsat ben.

Till viss del har det, vilket framkommit av en del artiklar vi läst, förekommit en sådan ”slentrianmässig” sjukskrivning som Försäkringskassan inte har ifrågasatt i någon större utsträckning. Det kan därför sägas att det mer eller mindre har varit likhetstecken mellan läkarintyg och sjukskrivning. Det (social)medicinska sjukdomsbegrepp som läkaren har överensstämmer nödvändigtvis inte som vi sett med det sjukförsäkringsrättsliga begreppet. Detta gör problemet än större när Försäkringskassan blivit striktare i sin tillämpning.

Arbetsoförmågan skall också bedömas vid behandling av rätten till sjukpenning. Denna förmåga skall sättas i relation till vilket normalt förekommande arbete som helst och inte enbart till den enskildes aktuella arbete. Tidigare har det troligen varit vanligt förekommande att det har satts likhetstecken mellan att vara sjuk och därmed automatiskt vara arbetsoförmögen och inte kunna gå till arbetet och då ha rätt till sjukpenning.

Även arbetsoförmågan är ett svårbedömt begrepp. Socialvårdskommittén menade att arbetsoförmåga antingen består av att den enskilde rent faktiskt inte kan utföra något arbete p g a sjukdom eller av att det var bäst att avhålla sig från arbete för att bota sjukdomen, s k profylaktisk arbetsoförmåga. Enligt nuvarande rättstillämpning kan dock rent faktisk arbetsoförmåga krävas.

Rätten till sjukpenning grundar sig således på den enskildes arbetsoförmåga samt sjukdomsbegreppet. För att ha rätt till sjukpenning krävs dessutom ett läkarintyg som bekräftar sjukdomen och arbetsoförmågan. Det är som tidigare nämnts ingen garanti för att ersättning ändå skall beviljas. I läkarintyget skall en läkare bedöma sjukdomen och arbetsoförmågan. Läkaren som ju är medicinskt utbildad bör därför inte ha några större svårigheter med att bedöma själva sjukdomen rent medicinskt. Däremot kan det vara svårt att bedöma arbetsoförmågan, eftersom läkaren inte har någon utbildning inom detta område och det inte är lätt att veta vad som krävs för att kunna utföra ett arbete som man själv inte utövar.

Detta blir därför ett stort problem, som ofta i praktiken har lett till att de flesta är sjukskrivna lika länge som beräknad läkningstid för sjukdomen, även om den egentliga arbetsförmågan inte varar så länge. För att komma tillrätta med problemet skulle det kunna vara bra om läkaren inte behövde avgöra arbetsförmågan ensam. Det skulle kunna ske i samråd med både den sjuke och dennes arbetsgivare t ex.

Rent sjukförsäkringsrättsligt så avses med arbetsförmåga att den enskilde inte skall vara arbetsförmögen enbart till sitt vanliga arbete utan till vilket arbete som helst. Den enskilde kan vara oförmögen att arbeta på den aktuella arbetsplatsen som han är anställd på. Teoretiskt sett kan han dock vara arbetsför på ett annat arbete och skall då inte ha rätt till sjukpenning utan den enskilde skall då byta arbete. Att den enskilde i praktiken däremot inte har någon möjlighet att få detta andra arbete tas det ingen hänsyn till. Konsekvensen av detta blir att den enskilde blir helt utan ersättning. Enda möjligheten till ersättning är då att säga upp sig från sitt arbete och erhålla arbetslöshetsersättning efter karenstidens utgång. Inte heller detta är någon säker lösning då A-kassan kan neka vederbörande ersättning för att de anser personen ifråga för sjuk för att arbeta. Den enskilde hamnar då ”mellan två stolar” och blir utan ersättning p g a renodlingsprincipen.

Vidare är det oerhört viktigt att klargöra vem som har beslutanderätten till sjukskrivning och sjukpenning. Att det är Försäkringskassan som har avgörandet och inte läkaren, så att läkaren inte blir anklagad för besluten som fattas av Försäkringskassan som även ansvarar för dem, men även att det går att överklaga Försäkringskassans beslut. Det uppstår stora missförstånd när det som tidigare varit mer eller mindre samstämmiga uppgifter mellan en läkares sjukskrivning och beviljandet av sjukpenning och nu då reglerna har skärpts så att Försäkringskassan inte beviljar sjukskrivningar lika enkelt. Det kan också märkas att rätten till sjukpenning följer konjunkturen i samhällsekonomin, goda tider ger generösare regler och tvärtom. Just nu står vi inför en kraftig åtstramning.

Läkarintyget används som ett politiskt styrmedel när det gäller målet att halvera ohälsotalet till 2008. De styrande bestämmer vem som skall ha rätt till sjukpenning genom att strama åt rätten till sjukpenning och därigenom minska samhällets kostnader för de sjukskrivna. Att de sjukskrivna verkligen skall bli friska är inte här de främsta målet, utan snarast att frisera siffror och minska statens utgifter.

I ett fördelningspolitiskt perspektiv har renodlingsprincipen tillkommit som innebär att sjukpenning endast skall beviljas på rent medicinska grunder, hänsyn skall inte tas till sociala, ekonomiska och arbetsmarknadsmässiga omständigheter. Detta för att markera var gränsen går mellan sjukförsäkring och arbetslöshetsförsäkring. Att bedöma rätten till sjukpenning enligt denna princip blir mer eller mindre omöjlig, eftersom olika omständigheter hänger samman och påverkar varandra. Det medicinska kan inte skiljas ut helt och hållet från övriga omständigheter.

Förändringen av läkarintyget har väckt stor debatt, inte minst inom läkarkåren. Ett förslag som uppkommit flera gånger är att sjukskrivningstiden för långtidssjukskrivna inte borde vara obegränsad som den är nu, utan istället maximeras till ett år. Härigenom skulle troligen mer kraft läggas på att försöka få till stånd en lösning inom ett år, vilket skulle leda till en betydligt snabbare behandlingsplan än vad som nu är aktuellt, och dessutom få in den enskilde på ett tidigare stadium i arbetslivet igen. Framför allt är många läkare kritiska till den förändring som skett när det gäller försäkringskassans beslutsfattande gällande rätt till sp. Tidigare har Försäkringskassan diskuterat med intygsskrivande läkare när det funnits risk för att patienten ska bli nekad sjukersättning. Numera meddelas den enskilde om det negativa beslutet och ansvarig läkare har inte blivit tillfrågad eller fått möjlighet att diskutera med försäkringsläkaren som är rådgivande vid Försäkringskassans beslut. Detta förfarande indikerar att läkarintygets bevisvärde har minskat i betydelse och numera är obetydligt.

## 8.2 Egna kommentarer

Vi anser att det är viktigt att komma tillrätta med ohälsotalen, men menar dock att detta skall ske genom att de sjuka verkligen får en möjlighet att bli friska genom olika behandlingar och rehabiliteringar, och inte genom att frisera siffror. Det är viktigt att framhålla det egentliga syftet med sjukförsäkringen, d v s att vara en ekonomisk garant när den enskilde inte kan försörja sig genom sitt arbete p g a sjukdom. Försäkringen bör användas i enlighet med detta, oavsett konjunkturläge, så att det inte blir nödvändigt att dra åt svångremmen vid lågkonjunktur utan att försäkringen oavsett konjunktur kan användas i sitt angivna syfte, vilket även skapar förutsebarhet<sup>266</sup>. Att försvåra för dem att få rätt till sjukpenning genom en

---

<sup>266</sup> jämför Lotta Vahlne Westerhäll (not 67) och Thomas Erhag (not 243)

mer restriktivt bedömning av läkarintygen än tidigare leder till att dessa personer lätt blir ännu sjukare genom orosmoment p g a en svår ekonomiskt utelämnande situation, som de inte själva kan råda över<sup>267</sup>. Läkarintygens betydelse vid bedömningen av rätt till sjukpenning har definitivt minskat under den senaste tioårsperioden enligt det material vi granskat<sup>268</sup>. Många läkare känner sig ifrågasatta i sin yrkesroll<sup>269</sup> och i flera fall ställs inte kompletterande frågor till den behandlande läkaren när Försäkringskassan anser att sjukintygen är otillräckliga. En läkares intyg kan följaktligen förklaras var ofullständigt och därför dras patientens sjukpenning in eller ersättningen aldrig beviljas, utan att den intygsskrivande läkaren meddelas! Enligt vår bedömning är de krav som ställs på läkarna i det närmaste orimliga. Reglerna för intyg är under ständig utveckling; vilket läkarna ska hålla sig uppdaterad om, intygen tar anseelig tid i anspråk och detta innebär högre arbetsbelastning och mer tidspress. Det tvivlas på att läkarna kan vara objektiva i sitt förhållande till sin patient och veta vad som är bäst för denne ur medicinsk synpunkt. Därmed ger Försäkringskassan läkaren en roll som marionett där patienten håller i trådarna och i och med detta blir läkarintyget försvagat i sitt bevisvärde.

För den enskilde innebär det en stor otrygghet att läkarintyget inte har så stort bevisvärde som tidigare vid Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning. Att vara sjuk är inte längre tillräckligt för att erhålla ersättning vid sjukdom<sup>270</sup>. För många ”om och men” sänker sjukförsäkringens legitimitet Ska den enskilde vara hänvisad till privat sjukförsäkring för att vara förvissad om att uppbära kompensation vid inkomstbortfall p g a sjukdom? Under sådana omständigheter är Sverige på väg mot det klassamhälle som staten en gång hade för avsikt att överge med en allmän sjukförsäkring<sup>271</sup>.

För att verkligen komma tillrätta med problemet med ohälsotalen utan att enbart frisera siffrorna, måste ökade rehabiliteringsmöjligheter och en fungerande vårdgaranti där patienter blir färdigbehandlade på kortare tid, vara den väg man ska välja för att minska sjukskrivningarna<sup>272</sup>.

---

<sup>267</sup> jämför GP-artikel 2005-07-12 not 256-257

<sup>268</sup> jämför SOU 2000:121 (not 163)

<sup>269</sup> jämför den försäkringsmedicinska utbildningen ”Allmänläkaren och sjukintyget” (not 146)

<sup>270</sup> jämför Sara Stendahl (not 106)

<sup>271</sup> jämför Lotta Vahlne Westerhäll (not 66)

<sup>272</sup> jämför SOSFS 1992:16 (s 39)

## Källförteckning

### Offentligt tryck mm

### Lagstiftning

Förvaltningslag (1976:223)

Förvaltningsprocesslagen (1971:291)

Lag (1962:381) om allmän försäkring

Lag (1991:1047) om sjuklön

Lag om (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

SFS 2004:1299 Förordning med instruktion för Försäkringskassan

Socialförsäkringslag (1999:799)

### Departementspromemorior

Ds 2002:63 *Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivarna att minska sjukfrånvaron*

Ds 2003:63 *Den svenska sjukan II – regelverk och försäkringsmedicinska bedömningar i åtta länder*

### Offentliga utredningar

SOU 1944:15 *Socialvårdskommitténs betänkande VII utredning och förslag angående lag om allmän försäkring*

SOU 1978:26 *Medicinalansvarskommitténs huvudbetänkande Hälso- och sjukvårdspersonalen: ansvarsfrågor: samverkan personal – patienter*

SOU 1995:149 *Försäkringsskydd vid sjukdom. Ett delbetänkande av Sjuk- och arbetsskadekommittén*

SOU 2000:121 *Sjukfrånvaron och sjukskrivning fakta och förslag*

SOU 2003:63 *En sammanhållen administration av socialförsäkringen*

## Propositioner

Proposition 1953:178 *Förslag till lag angående ändring i lagen (1947:1) om allmän sjukförsäkring*

Proposition 1993/94:149 *Åliggande för personal inom sjukvård mm*

Proposition 1994/95:147 *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta*

Proposition 2002/03:1 *Budgetproposition för 2003*

Proposition 2002/03:89 *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*

## Övrigt

SOSFS 1981:25 *Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg mm*

SOSFS 1992:16 *Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning*

## Litteratur

Broberg Rolf, *Så formades tryggheten, socialförsäkringens historia 1946-1972*, Stockholm Försäkringskassaförbundet 1973

Edebalk Per-Gunnar, *Välfärdsstaten träder fram, svensk socialförsäkring 1884-1955*, Lund Arkiv 1996

Ekblad Susanne, *Rehabilitering med förhinder en utvärdering av renodlingsbegreppet och de sju stegen*, Stockholm, Försäkringskassan Stockholms län 1999

Englund Lars, *Är sjukdom ett bra skäl att bli sjukskriven?*, FKF:s förlag Stockholm Försäkringskassaförbundet (FKF) 1997

Erhag Thomas, *Socialförsäkringen och det nya pensionssystemet, (Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, Stockholm Norstedts juridik 2002, red: Vahlne Westerhäll Lotta)

Järvholm Bengt, Olofsson Christer, *Sjukskrivningsboken*, Lund Studentlitteratur, 2005

Lindquist Rafael, *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemets utveckling 1900-1990* . Lund Studentlitteratur 1990

Stendahl Sara, *Renodlingens konsekvenser, (Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, Stockholm Norstedts juridik 2002, red: Vahlne Westerhäll Lotta)

Vahlne Westerhäll Lotta, *Den starka statens fall*, Upplaga 1:2 2002, Stockholm Norstedts juridik 2004

Westerhäll-Gisselsson Lotta, *Sjukdom och arbetsförmåga. Om rätten till sjukpenning*, Stockholm, Norstedt 1983

Wendel Lotta, *Försäkringsläkaren, (Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, Stockholm Norstedts juridik 2002, red: Vahlne Westerhäll Lotta)

Westerhäll Lotta, *Den svenska socialrätten*, Stockholm, Norstedts 1990

Westerhäll Lotta, *Sociala trygghetslagar – en introduktion*, Stockholm Fritze 1994

## **Rapporter**

Alexandersson Kristina m fl Rapport *Läkarens arbete med sjukskrivning*, Läkartidningen nr 48 2005

Regeringskansliet, rapport från trepartssamtalen, *Hur mår du? Ett arbetsliv för alla*. Regeringskansliet 3partssamtalen 4.3 sjukskrivningsprocessen mm

Socialförsäkringen – ett system i inre upplösning?, Rapport från forskarseminariet i Umeå, januari 2004

Socialstyrelsens rapport, *Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård*. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare.

Socialstyrelsen, *Tillsyn över försäkringsläkare: en rapport med anledning av regeringsuppdraget*, Dnr 00-10798/03

## **Internet**

<http://uppsol.forsakringskassan.se/upload/6413>; 2005-12-12

[www.fk.se/press](http://www.fk.se/press); 2005-11-16

[www.fk.se/press/organisation](http://www.fk.se/press/organisation); 2005-11-16

[www.fk.se/privatpers/sjuk/omsjuk/sjukpenning](http://www.fk.se/privatpers/sjuk/omsjuk/sjukpenning); 2005-11-15

Nationalencyklopedin, [www.ne.se](http://www.ne.se); 2005-11-01

[www.regeringen.se/sb/d/2371](http://www.regeringen.se/sb/d/2371); 2005-11-15

[www.vg.forsakringskassan.se/tempates/fkvg/Sida.aspx?id=2276](http://www.vg.forsakringskassan.se/tempates/fkvg/Sida.aspx?id=2276)

## **Tidskrifter**

Alexandersson Kristina, *Försäkringskassan måste ta sitt ansvar*, Läkartidningen nr 26-27 2005



Blennow Göran, *Sjukskrivningarna – korrekt och mer försäkringsmässig bedömning behövs*, Läkartidningen nr 7 2004

Engblom Monika, Rudebeck Carl Edvard, Englund Lars, Norrmén Gunilla, *Inte doktors bord – ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer*, Läkartidningen nr 48 2005

Fredenberg Sune, *Något objektivt mått på arbetsförmåga har vi läkare tyvärr inte*, Läkartidningen nr 11 2004

Fredin Hans, *Nytt begrepp kan frigöra invanda tankegångar*, Läkartidningen nr 7 2004

Färdow Joakim, *Sjukskrivningarna, begreppsförvirringen och vår bristande samsyn*, Läkartidningen nr 8 2004

Gillström Tomas, *Den svenska läkaren och försäkringskassan – en annan relation önskvärd*, Läkartidningen nr 9 2004

Gunnarsdotter Sara, *Allt fler nekas sjukpenning trots läkarintyg*, Läkartidningen nr 39 2005

Grewin Bernhard, *Rör inte rätten att skriva sjukintyg*, Läkartidningen nr 7 2000

Gårdestig Siwert, Replik, *Klargör läkarens roll i sjukpenningärendena*, Läkartidningen nr 51-52 2004

Gårdestig Siwert, *Mycket har vi redan åtgärdat*, Läkartidningen nr 26-27 2005

Lindvall Peter, *Har inte Försäkringskassan missuppfattat sin roll vid sjukskrivning?*, Läkartidningen, nr 46 1999

Mikaelsson Bo, Replik *Läkaren ska också ta sitt samhällsansvar*, Läkartidningen nr 24-25 2005

Novek Jaan, *Avskaffa läkarintyget inför hälsodeklaration*, Läkartidningen nr 7 2004

Ohlin Elisabet, Landsting, *Försäkringskassan och läkarna eniga om sjukskrivningsåtgärder*, Läkartidningen nr 15 2005

Ohlin Elisabeth, *Sjukförsäkringen är för mjuk anser Anna Hedborg*, Läkartidningen nr 28-29 2005

Ohlin Elisabet, *Beslutsstöd för sjukskrivning tas fram*, Läkartidningen nr 47 2005

Ohlin Elisabeth, *Svårt för doktorn att säga nej till sjukskrivning*, Läkartidningen nr 48 2005

Olsson Irene, *Registreringar fel sätt mot sjukskrivningar*, Läkartidningen nr 35 2002

Olsson Irene, *Specialistläkare kritisk mot s-förslag gällande sjukskrivningar. Extra läkarintyg orimligt förslag*, Läkartidningen nr 35 2002

Perman Einar, *Det finns riktlinjer för sjukskrivning*, Läkartidningen nr 43 2005

Ståhlberg Benny, *Allmänläkaren är väl så skickad*, Läkartidningen nr 26-27 2005

Wahl Ingegerd, *I huvét på en frustrerad psykiater*, Läkartidningen nr 43 2005

Westerhäll Lotta, *Rättsliga aspekter på arbetsoförmåga på grund av sjukdom*, Socialmedicinsk tidskrift nr 8-9 1997

Westerlund Anders, *RFV bör ändra instruktionerna till försäkringskassan om nya sjukintyget*, Läkartidningen nr 51-52 2004

Göteborgs-Posten, *!00-tals får avslag trots sjukintyg*, 2005-06-27

Göteborgs-Posten, *Det finns en myt om att myndigheter aldrig gör fel*, 2005-07-12

Göteborgs-Posten, *Sjuka får betala advokaten själva*, 2005-07-12

## Övrigt

Betänkande 1996/97: sfu 12

Betänkande 1997/98:sfu 8

Regeringsbrevet för budgetåret 2003

Regeringens faktablad, Socialdepartementet nr 8 2003

RFFS 2000:1

Karnov kommentar 19 ang Lag (1991:1047) om sjuklön

Karnov kommentar 21 ang Lag (1991:1047) om sjuklön

Tibblin Gösta, Eriksson Margareta, *Studier av sjukskrivningspraxis*, Ett Spruuppdrag där Institutionen för allmänmedicin vid Uppsala universitet svarat för det direkta projektarbetet och där många bidragit och varit representerade; Landstingsförbundet, landstinget Uppsala län, Socialstyrelsen, Spri, Riksförsäkringsverket, Uppsala läns allmänna försäkringskassa, IAMU (institutionen för Allmänmedicin Uppsala universitet) Landstingsförbundet, Stockholm, 1993



**Försäkringskassan**

Klinik eller mottagning, tfnr och läkarens namn (om ej nedan)

**MEDICINSKT UNDERLAG**

- för bedömning av rätt till sjukpenning  
och eventuellt behov av rehabilitering

Patientens personnummer

1 (2)

Patientens namn

**Läkarintyg enligt 3 kap. 8§ lagen om allmän försäkring.**

Du kan även använda blanketten för avstängning enligt smittskyddslagen (SmL)

Om patienten inte är känd ska identiteten styrkas genom  
legitimationshandling med foto (SOSFS 1981:25)

1
<input type="checkbox"/> Avstängning enligt SmL på grund av smitta (fortsätt till punkt 8)

**Medicinsk bedömning**

Vid bedömningen ska du bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.

2 Diagnos/-er eller symptom till grund för den nedsatta förmågan/aktivitetsbegränsningen		Diagnoskod enl ICD 10 (huvuddiagnos)
		minst tre positioner
3 Anamnos (aktuell sjukdom)		
4 Status, objektiva undersökningsfynd		Uppgifterna baserade på
		<input type="checkbox"/> Personlig kontakt
		<input type="checkbox"/> Telefonkontakt
		<input type="checkbox"/> Journaluppgifter
		<input type="checkbox"/> Annat (ange vad under punkt 13)
5 Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet?		
6 Föreskrift - behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas		
<input type="checkbox"/> Följa given ordination (ange vilken)		
<input type="checkbox"/> Fortsatt poliklinisk kontakt		
<input type="checkbox"/> Undvika viss belastning (ange vilken)		
<input type="checkbox"/> Besöka arbetsplatsen		
<input type="checkbox"/> Väntar på åtgärd inom sjukvården (ange vilken)		
<input type="checkbox"/> Väntar på annan åtgärd (ange vilken)		
<input type="checkbox"/> Övrigt (ange vad)		

72632101

RFV 7263 Formulär fastställt av RFV  
i samråd med Socialstyrelsen 03.06

7 Är arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Kan inte bedömas för närvarande <input type="checkbox"/> Behov av kontakt med företagshälsovård
8 Medicinsk bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga		
<input type="checkbox"/> att utföra sina vanliga arbetsuppgifter (ange arbetsuppgifternas art):		
<input type="checkbox"/> om patienten är arbetslös; att söka/kunna utföra arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden		
<input type="checkbox"/> om patienten är föräldraledig med föräldrapenning; att vårda sitt barn		
Arbetsförmågan bedöms		
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 1/4	fr.o.m. (år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 1/2	fr.o.m. (år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 3/4	fr.o.m. (år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
<input type="checkbox"/> helt nedsatt	fr.o.m. (år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
<b>(om helt nedsatt, besvara frågorna nedan)</b>		
- Kan deltid vara olämplig av psykosociala skäl?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
- Kan anpassade arbetsuppgifter möjliggöra sysselsättning på deltid/heltid?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
- Kan deltid vara skadlig för sjukdomens förlopp?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
- Kan deltid i nuvarande sysselsättning vara möjlig med hänsyn till symtom?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
- Kan deltid förbättra prognosen för återgång i arbete?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
- Kan deltidsarbete på annat sätt vara skadligt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9 Prognos - bedöms patienten kunna få tillbaka sin förmåga till arbete/aktivitet?		
<input type="checkbox"/> Ja, helt	<input type="checkbox"/> Ja, delvis	<input type="checkbox"/> Nej
10 Kan resor till och från arbetet med annat färdmedel än det patienten normalt använder göra det möjligt att återgå i arbete?		
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11 Önskar kontakt med Försäkringskassan		
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12 Önskar avstämningsmöte		
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13 Övriga upplysningar		
<b>Underskrift</b>		
14 Datum (år, mån, dag)		16 Namn, mottagningens adress, telefonnummer (även riktnr) i klartext (om ej ovan)
15 Läkarens namnteckning		

Blanketten och mer information finns på [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

72632201

RFV 7263 Formulär fastställt av RFV i samråd med Socialstyrelsen 03.06